DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE
DANS LES
KYSTES HYDATIQUES

PAR

Charles BOUYER
DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS



PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

INTRODUCTION

En assistant à une des si belles et si claires leçons que M. le professeur Duplay faisait à l'Hôtel-Dieu en février 1896, sur le traitement des kystes hydatiques du foie, notre attention fut attirée par cette remarque du Maître : « Deux de mes malades, disait-il, un homme et une femme atteints de l'affection dont je vous entretiens, sont frappés en même temps par la tuberculose pulmonaire, et ce n'est pas la première fois que je constate la phtisie au cours des kystes hydatiques. Quelles sont les relations existant entre ces deux maladies, voici une question qui mériterait d'être approfondie ».

Tels furent à peu près les termes dont il se servit et la façon dont il posa le problème. Mis en éveil par cette réflexion, nous avons examiné avec soin les deux malades dont on trouvera les observations au cours de ce mémoire, et à mesure que nous pénétrions plus avant dans notre sujet, que nous nous en rendions plus maître, les difficultés qui allaient surgir nous apparaissaient. Les renseignements étaient rares, à peine si les auteurs s'occupaient de cette particularité, ils la passaient presque toujours sous silence. Alors nous avons cherché les faits épars dans la science ; nous fûmes désappointé tout d'abord par leur petit nombre. Il fallait trouver une raison, et différentes hypothèses se présentèrent à notre esprit pour expliquer les rapports, si tant est qu'ils existent, entre ces deux ma-

ladies dissemblables et qui choquent par leur rapprochement. Cette incursion dans le domaine de la pathologie générale aurait présenté peu d'intérêt et aurait été stérile, si les faits cliniques ne nous avaient montré qu'à côté d'une explication presque évidente, il y avait des notions pratiques à établir. Les symptômes que la tuberculose pulmonaire ajoute aux kystes hydatiques, sont souvent difficiles à rapporter à leur véritable cause, ne se rencontrent-ils pas dans l'une ou l'autre affection ? Le pronostic aussi varie, puisqu'un facteur nouveau s'ajoute, aggravant la situation ; l'évolution est déviée de son cours normal, le diagnostic peut errer et la thérapeutique présenter des indications spéciales. Tel a été le plan général que nous avons cherché à suivre, regrettant d'ordinaire en parcourant les multiples écrits qu'on ne se fût enquis ni des antécédents familiaux, ni de ceux du malade, que l'auscultation du poumon n'ait pas toujours été faite avec soin, que quelquefois même des recherches microscopiques et bactériologiques n'eussent pas été pratiquées, la tumeur à échinocoques ayant seule hanté l'esprit des observateurs, sans qu'ils se fussent préoccupés du terrain sur lequel évoluait le kyste hydatique.

CHAPITRE PREMIER

Des rapports des kystes hydatiques avec la tuberculose pulmonaire.

La question qui se posait la première, comme devant dominer toute cette étude par les conséquences qu'elle entraînerait surtout au point de vue thérapeutique, était celle des rapports des kystes hydatiques avec la tuberculose pulmonaire.

Les échinocoques, comme certaines maladies générales, constituaient-ils une prédisposition spéciale à la phtisie, ou bien cette dernière affection se montrait-elle comme complication due à la longue durée de leur évolution, aux très grands troubles qu'ils amènent dans la santé, à l'amaigrissement, aux vomissements et autres symptômes ? La tuberculose pulmonaire avait-elle une élection spéciale pour les kystes ou était-elle simplement une complication banale venant se développer sur un terrain rendu favorable ? Quant à leur affinité, le silence des observations sur ce sujet repoussait toute hypothèse allant dans ce sens. Il est d'usage courant d'écrire que la terminaison la plus fréquente de certaines maladies est la tuberculose, les exemples sont là pour le prouver, il nous suffit de citer le diabète. Cette fin avait-elle été rencontrée dans les kystes hydatiques. Aucune mention n'en est faite dans les auteurs et si nous nous reportons à la statistique des cas inquié-

tants, nous sommes surpris par ce fait que la tuberculose pulmonaire n'entre pour presque rien dans la gravité du pronostic, et dans la très faible part de mortalité si nombreuse pourtant.

Passons à l'examen de la deuxième opinion ; d'après les notions de terrain et de pathologie générale, nous aurions été tenté de nous y rallier. Une maladie qui durant des années affaiblit l'individu à l'extrême, le conduit au dernier degré de l'émaciation et qui se confond souvent par ses symptômes avec la bacillose, ne doit-elle pas avoir celle-ci comme complication et n'est-ce pas elle qui souvent amène le dénouement ? Des exemples en doivent être fournis par les kystes hydatiques du foie et *a fortiori* par les kystes hydatiques du poumon.

Dans ce dernier cas, comme le faisait remarquer M. Duguet à la Société anatomique, il y a une épine dans le poumon qui doit favoriser l'éclosion de la tuberculose. Nous nous sommes reporté aux faits, et ils nous ont donné un grand démenti. Aussi nous nous empressons de signaler l'observation de M. Gillet.

Observation, présentée par M. Gillette à la *Société anatomique*, année 1869, p. 73.

M. Gillette fait voir un kyste hydatique énorme du foie qu'un berger, âgé de 43 ans, portait depuis 10 ans.

Le volume de ce kyste était si considérable qu'il avait envahi non seulement la partie supérieure de l'abdomen mais encore presque toute la cage thoracique. Les poumons sous cette pression croissante s'étaient atrophiés, le droit n'existait que dans un espace grand comme le poing d'un enfant de 6 ans ; le poumon gauche était réduit à son lobe supérieur.

Le foie était rejeté en arrière par le kyste qui s'était développé sur sa face antérieure et inférieure.

L'individu marchait depuis longtemps, en s'inclinant sur son côté gauche, pour pouvoir équilibrer le poids énorme de sa tumeur dont on n'a pas pu obtenir le poids exact, la tumeur ayant été rompue en faisant l'autopsie. On put cependant remplir cinq à six litres avec les hydatides qui s'en échappèrent.

Nombreux sont les kystes du poumon, où à l'autopsie on ne rencontre pas de tuberculose pulmonaire. Si dans le cas précédent, nous nous trouvons en présence d'un kyste du foie, les poumons n'en avaient pas moins subi une pression croissante puisqu'ils étaient atrophiés. La longue durée de la maladie, les troubles de compression sur l'appareil pulmonaire n'avaient pu faire naître la bacillose chez ce berger. De plus la lecture des très nombreuses observations relatées dans les bulletins des sociétés savantes, dans les thèses, dans les livres français et danois nous prouvèrent qu'il était rare de constater les signes de la tuberculose pulmonaire chez les personnes atteintes de kystes hydatiques. Presque jamais il n'en était fait mention, soit que durant le vivant on ait constaté ces symptômes (qu'ils aient été au premier plan ou bien dominés par l'affection kystique), soit qu'aux autopsies les lésions eussent été vérifiées ou découvertes pour la première fois. D'ailleurs si la tuberculose pulmonaire eût été seulement une complication, plusieurs conséquences s'en seraient suivies. Les organes respiratoires eussent été indemnes longtemps avant le début de la maladie ou durant une partie du cours de celle-ci. Ce n'est qu'après avoir subi une dépression générale et profonde que les individus eussent

été propres à recevoir le bacille de Koch. Alors son développement se serait accompli d'une façon particulière, affectant des formes spéciales ; tuberculose à la première période ou à marche torpide chez les réfractaires ; granulies ou fontes caséeuses multiples avec mort rapide chez les prédisposés. Les observations où la bacillose était relatée se chargeaient de répondre à cette idée. D'abord elles étaient peu nombreuses, la complication aurait donc été l'exception et la déchéance physique qui était due au kyste hydatique n'aurait frayé que d'une manière occasionnelle la voie à la tuberculose pulmonaire. Quelque rare qu'eût été cette complication, il aurait toujours fallu la signaler, si véritablement elle en avait été une. Les descriptions nous éloignèrent de cette hypothèse et semblèrent au premier abord compliquer le problème. Parfois on rencontrait dans l'histoire des malades des accidents de tuberculose localisée ailleurs que sur l'appareil respiratoire, s'ensuivrait-il que le sujet porteur de kyste dût devenir un phtisique ? L'observation qui suit montre que ce n'est pas une raison suffisante.

OBSERVATION (résumée), présentée par M. AIMÉ GUINARD, interne des hôpitaux et intitulée : *Neuf kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale* (*quatre dans le foie, un dans l'épiploon gastro-splénique, un dans le ligament large du côté gauche, trois dans le grand épiploon*). — *Coxalgie.* — *Mort.*

La nommée X..., domestique, est âgée de 22 ans. Elle n'a pas connu ses parents, elle est d'une constitution strumeuse manifeste : elle a eu la gourme dans son enfance, et à différentes reprises des ophtalmies intenses. Il y a deux ans, elle a commencé à boiter et à souffrir dans la hanche droite. Alors elle entra à Lariboisière dans

le service de M. Léon Labbé. Le diagnostic de coxalgie fut porté et, pendant dix mois, son membre inférieur droit fut soumis à l'extension continue. Elle s'améliora et put marcher sans souffrances. De nouveau les douleurs réapparurent dans le genou et dans la hanche et c'est ce qui la force à venir de nouveau à l'hôpital.

M. Verneuil, outre sa lésion de la hanche, lui trouve un kyste hydatique du foie, puis d'autres tumeurs hydatiques. Après plusieurs ponctions, elle meurt d'épuisement.

A l'autopsie on constate que les deux poumons sont sains, il n'y a pas de traces de tubercules. On trouve les hydatides indiquées plus haut, et l'articulation coxo-fémorale disséquée montre l'existence d'une coxalgie ancienne. La cavité cotyloïde est perforée et la tête du fémur pénètre dans le petit bassin du côté droit. On ne trouve pas de vestige de kyste hydatique dans l'articulation, ni dans les parties avoisinantes (année 1881, page 745).

D'autres fois on croyait à la tuberculose pulmonaire alors qu'elle n'existait pas, le kyste hydatique en avait imposé par ses hémoptysies et ses troubles graves. Nous insisterons avec raison sur l'erreur possible afin de mieux donner à chacune des deux affections ce qui lui appartient. A côté de ces faits qui rendent perplexes, nous lisons d'une part que les symptômes de la bacillose avaient été constatés chez des malades avant les premiers troubles occasionnés par les kystes hydatiques, d'autre part que les autopsies révélèrent dans un certain nombre de cas les lésions banales que nous trouvons dans la tuberculose à toutes les périodes. Ce n'était plus une complication puisqu'elle existait auparavant et qu'elle n'affectait pas les formes qu'on aurait été en droit d'attendre.

Cette tuberculose était-elle accidentelle, se montrait-elle d'une façon irrégulière en frappant au hasard ? Le bon

sens éloignait cette proposition sans retour, puisque toutes les maladies suivent les grandes lois de l'hérédité et de l'évolution, quelquefois difficiles à établir pour certaines, mais qui n'en existent pas moins. La grande famille neuropathologique ne repose-t-elle pas sur des bases solides? depuis Charcot, les règles sur l'hérédité de la tuberculose pulmonaire envisagée dans son ensemble ne sont-elles pas des notions courantes ?

Alors nous arrivons à nous demander si nous ne nous trouvons pas en présence de kystes hydatiques évoluant chez des tuberculeux ou chez des individus en puissance de le devenir. Toutes ces données vagues se précisèrent quand, en parcourant nos observations, nous avons vu que nos porteurs d'échinocoques avaient des antécédents familiaux et personnels, étaient atteints de tuberculose pulmonaire à toutes les périodes, tantôt diagnostiquée avant les premiers signes du kyste, tantôt pendant son évolution ; dans ce cas le kyste n'aurait-il pas joué le rôle de coup de fouet, n'aurait-il pas été l'occasion du réveil de la maladie, l'épine qui fait naître l'inflammation ? Les autopsies d'un autre côté nous faisaient constater les lésions courantes de cette affection. Presque toutes nos observations nous permirent de nous rallier à la dernière hypothèse que nous venions d'émettre. Aussi avons-nous intitulé ce travail : « *De la tuberculose pulmonaire dans les kystes hydatiques* » ; si nous avions mis en tête de ce mémoire le titre suivant : « *Des kystes hydatiques chez les tuberculeux* », il nous semble que nous aurions dépassé le but que nous nous proposions d'atteindre ; la tuberculose pulmonaire aurait été trop la note dominante et la seule à laquelle on aurait songé.

Que serait devenu le traitement si le kyste hydatique eût passé en seconde ligne, la partie aurait été perdue d'avance. Nous ne voulions pas d'une idée inféconde rejetant tous les points intéressants du sujet, nous voulions que le kyste fût le point de convergence de tous nos efforts. Si la tuberculose imprime des modifications multiples dans l'évolution des échinocoques, ces derniers n'en restent pas moins la maladie importante. C'est pour elle, c'est pour cette tumeur que le sujet vient consulter, il veut qu'on l'en débarrasse, qu'on l'en guérisse. Oui, il tousse, il a des signes de tuberculose pulmonaire qui sont constatés ou passent inaperçus, vont-ils arrêter le médecin et le chirurgien dans leur thérapeutique. Peut-être quelquefois, mais le plus souvent, heureusement, le kyste hydatique pourra être guéri et la tuberculose influencée dans sa marche par un double traitement : 1° celui du kyste ; 2° celui d'elle-même.

On pourrait peut-être nous dire : vous mettez la charrue devant les bœufs, vous commencez par où nous aurions voulu vous voir finir. Nous répondrons que pour nous, ce point, s'il était gros d'importance, devait arriver en tête de notre travail pour lui donner un coup d'œil d'ensemble, pour jeter une éclaircie sur ce qui allait suivre et montrer l'idée qui nous avait guidé dans le choix de ce sujet. Nous ne voulions pas seulement en rester à la théorie, mais les conclusions pratiques surtout attiraient notre attention et ce sont elles que nous allons essayer de développer dans les chapitres suivants.

Nous terminerons cet exposé en concluant :

1° Que les porteurs de kystes hydatiques peuvent être

des tuberculeux ou des individus en puissance de le devenir.

2° Que cette tuberculose se développe suivant les lois qui ont été établies d'une façon générale pour cette maladie quand elle se montre seule.

Ces lois ont été résumées dans la thèse de Bolognesi (1895). Nous ne pouvons mieux faire que de les reproduire :

« I. — L'hérédité maternelle est surtout une affaire de prédisposition, d'aptitude, la mère léguant à son enfant un terrain apte au développement du bacille et qui en fait un candidat à la tuberculose. Cette hérédo-prédisposition semble être la règle.

La clinique, l'histologie, la bactériologie et l'expérimentation confirment cette manière de voir.

II. — L'hérédité tuberculeuse maternelle directe, hérédité de germe, de graine, hérédo-contagion, transmission directe du bacille de Koch est une rarissime exception, la tuberculose congénitale n'étant pas autre chose qu'une contagion intra-utérine tout à fait exceptionnelle ».

En règle générale, comme dit Peter, on ne naît pas tuberculeux, mais tuberculisable.

CHAPITRE II

Des relations étiologiques qui existent entre ces deux maladies.

En parcourant les bulletins des sociétés savantes et en faisant le dénombrement des observations, nous avons été surpris que dans les cas de guérison, on ne nous parlait pas le plus souvent de l'état du poumon, et presque jamais de tuberculose pulmonaire. Nous avons ouvert les livres qui relatent les autopsies ayant trait à cette affection, notre déception a été moins grande ; si les faits qui nous intéressaient étaient rares, ils n'en existaient pas moins. A quoi tenait ce nombre très restreint que nous avions constaté dans nos premières recherches et plus fréquent dans les deuxièmes, bien que ce soit souvent à l'examen cadavérique des poumons qu'on ait retrouvé la lésion. Pour nous la cause réside dans ce fait : quand on découvre un kyste hydatique on se laisse dominer l'esprit par la tumeur, on néglige un peu le reste ou tout au moins on n'en parle pas, on passe très rapidement sur des signes qui demanderaient à être recherchés. Nous ne voulons pas dire que la tuberculose soit fréquente au cours des kystes hydatiques, loin de nous cette idée, nos conclusions iront en sens contraire. Nous désirons seulement attirer l'attention des observateurs sur le poumon : il faut ausculter soigneusement les porteurs de kystes et en cas de doute, examiner leurs cra-

chats au microscope ou bactériologiquement. Peut-être trouvera-t-on un peu plus de tuberculose pulmonaire dans les cas guérissables, encore sera-t-elle rare.

Il nous est impossible d'affirmer aujourd'hui quelle est la fréquence de la tuberculose pulmonaire relativement aux kystes qui ont une terminaison favorable, pour les motifs que nous venons d'indiquer. Si nous nous conformions aux observations, nous dirions que presque jamais on ne trouve de tuberculose pulmonaire chez les malades qui guérissent. De suite les cas mortels, par leur nombre, font une grosse objection à la proposition précédente, puisque les décès ne sont pas dus à la phtisie. C'est donc que l'examen n'a pas toujours été complet dans les cas où le kyste hydatique a guéri.

Reportons-nous à la statistique des kystes hydatiques de régions diverses, dans lesquels la mort relève de causes multiples. Nous avons fait le classement d'observations présentées à la Société anatomique suivant une quarantaine d'années depuis 1850 jusqu'à nous. Nous relevons 150 décès, 15 autopsies démontrèrent la tuberculose pulmonaire, si elle n'avait pas été constatée du vivant, ce qui donne une proportion de 10 0/0. Nous sommes loin de la très minime fréquence des kystes hydatiques ayant une terminaison favorable. Aussi insistions-nous dès le début sur cette différence entre les deux catégories de fait, et cherchions-nous à en signaler les causes.

Où le problème se complique, c'est quand on veut rechercher séparément la fréquence de la tuberculose pulmonaire en général par rapport à la rareté des kystes hydatiques. On se demande alors si la bacillose, dans les cas

qui nous intéressent, ne se montre pas avec le pour cent qu'elle a dans le total de la statistique des maladies en bloc. Par des calculs approximatifs, des statistiques des kystes hydatiques rapportés aux maladies en général, des statistiques de la tuberculose pulmonaire faites dans le même sens, on arrive à cette conclusion que les malades porteurs d'échinocoques sont frappés par la bacillose dans les mêmes proportions que ceux qui en sont indemnes ; peut-être même cette proportion est-elle un peu moindre, ce qui semblerait indiquer que le terrain où évolue le kyste n'est pas très favorable au développement de cette affection. Ces restrictions sont en rapport avec les conclusions que nous avons formulées dans le premier chapitre.

Nous nous sommes demandé aussi si la tuberculose pulmonaire se montrait de préférence suivant certains sièges des kystes hydatiques. Au premier abord, on aurait pu croire que ceux du poumon auraient été une cause d'appel, vu le lieu de moindre résistance, il n'en a rien été. Si le siège ne joue pas un rôle dans les notions étiologiques, nous verrons que pour la marche et le pronostic, il a son importance.

Les statistiques de Finsen, Demars, Potherat et autres auteurs ont donné l'ordre suivant lequel se présentaient les kystes hydatiques par rapport aux organes atteints. En première ligne nous rencontrons le foie, puis la cavité abdominale, le poumon, les reins, la rate, le cerveau et le cœur. Dans notre vingtaine d'observations, nous trouvons 12 kystes isolés du foie, 7 kystes multiples de la cavité abdominale, 3 des poumons ; les reins, la rate, le cerveau et le cœur ne nous ont pas fourni d'exemples recherchés,

ou alors les kystes étaient multiples et ne siégeaient pas seulement dans ces organes. Donc la tuberculose pulmonaire suivait ici la progression générale, c'est-à-dire frappait suivant le siège, puisqu'il indiquait la fréquence.

Le parallèle de ces deux ordres de fait concorde absolument avec nos idées premières de la tuberculose pulmonaire et de son hérédité. Si le nombre d'observations de kystes augmentait dans une catégorie, le nombre de tuberculoses pulmonaires devait suivre la même progression, c'est ce qui nous est arrivé.

Il nous faut aussi parler de l'âge auquel on trouve ces deux maladies associées. C'est dans l'âge adulte de 30 à 50 ans que nous avons recueilli le plus grand nombre de nos observations, trois cas seulement faisaient exception, deux femmes, l'une avait 68 ans et l'autre 22 ans, un homme avait 20 ans. Les femmes sont à peu près autant atteintes que les hommes, et cela doit dépendre souvent des pays et des conditions hygiéniques qui président à leurs existences.

Au point de vue de la tuberculose, il était intéressant de rechercher dans chacun de nos exemples qu'elles étaient les causes qui l'avaient fait naître et qui l'avaient guidée dans son évolution. Nous fûmes alors amené à rechercher du côté des antécédents héréditaires des malades et du côté de leurs antécédents personnels. Dans les deux observations que nous avons dues à l'obligeance de M. le professeur Duplay, nous relatons cette hérédité de la tuberculose telle qu'on la comprend aujourd'hui. La sœur de notre jeune fille est morte de tuberculose pulmonaire à évolution lente, le frère de l'homme est mort de phtisie galopante.

Eux-mêmes ont vu se montrer les premiers signes de tuberculose pulmonaire bien avant les troubles occasionnés par le kyste hydatique. L'un a eu des hémoptysies à l'âge de 12 ans, l'autre a maigri et tousse depuis longtemps. Quels sont les renseignements que nous fournissent les autres observateurs ; souvent ils ont négligé de nous faire part des notions qu'ils avaient recueillies sur les malades au point de vue soit de leurs antécédents héréditaires ou personnels. D'autres fois, nous trouvons des renseignements très utiles. Ainsi M. Potocki nous apprend que sa malade, âgée de 28 ans, a eu son père qui est mort de fièvres intermittentes douteuses, sa mère de cancer de l'utérus. Elle est la sixième enfant de la famille, une de ses sœurs est morte de tuberculose pulmonaire à 34 ans, les autres enfants sont morts de 16 à 18 ans d'affections indéterminées. Peut-on trouver une hérédité familiale plus chargée et prédisposant aussi bien à la tuberculose ? De même pour le cas de M. Moutard-Martin, une sœur de la malade était morte tuberculeuse. Nous voyons que les exemples sont nombreux pour soutenir notre thèse. D'autres fois on se borna seulement à constater la tuberculose qui existait depuis longtemps, il en est ainsi dans l'observation rapportée par M. Ferrant. Si la tuberculose pulmonaire est douteuse, quelquefois la localisation du bacille de Koch sur d'autres organes aide à mettre sur la voie. Il faut se rappeler d'après l'observation que nous avons placée au chapitre précédent, qu'une coxo-tuberculose peut se rencontrer dans les kystes hydatiques, sans pour cela qu'il y ait localisation de tubercules au sommet.

Dans beaucoup d'autres cas, il ne fut fait mention pas

plus des antécédents héréditaires que des personnels ; on constata seulement du vivant ou même à l'autopsie les signes de la tuberculose pulmonaire.

Les relations étiologiques nous ramènent encore à la même conclusion que dans le premier chapitre ; c'est-à-dire que la tuberculose se montre dans les kystes hydatiques comme elle apparaît partout ailleurs en suivant les mêmes lois, peut-être même avec un peu moins de fréquence ; et nous constatons aussi qu'il n'y a aucune relation étiologique entre ces deux maladies.

En résumé, la tuberculose pulmonaire est rare dans les kystes hydatiques, et elle s'y montre avec la même fréquence que partout ailleurs. C'est le corollaire des conclusions du premier chapitre.

CHAPITRE III

Valeur de certains symptômes communs.

« Plusieurs erreurs proviennent d'une certaine similitude de symptômes entre les kystes hydatiques du foie et les affections qui ont prêté à la confusion sans doute (pleurésie purulente, tuberculose pulmonaire, pneumonie caséeuse) ; mais pour une part aussi, à une étude un peu trop superficielle des phénomènes observés. Ainsi dans le cas de M. Girode le liquide trouvé dans le kyste contenait beaucoup de crochets. Nul doute que si l'on eût fait la recherche de ces crochets, soit dans les matières rejetées, soit dans les crachats, on ne les eût trouvés. Mais on était sous l'impression de l'idée de tuberculose et on ne rechercha que le bacille tuberculeux ». Ainsi s'exprime M. Potherat dans sa thèse, page 33 ; et à ce propos il relate deux observations que nous ne pouvons passer sous silence, car elles vont nous faire voir de suite les difficultés que présente l'interprétation de certains symptômes communs.

Observation (résumée). — Girode, *Société anatomique*, 21 janvier 1887.

M. Girode présente les pièces d'une malade morte au moment où elle était arrivée à une cachexie très avancée. On avait chez elle diagnostiqué une pleurésie purulente et de la tuberculose pulmonaire. On lui fit subir l'empyème, et l'on examina longtemps et très consciencieusement ses crachats, mais vainement au point de vue du ba-

cille tuberculeux. Elle mourut et l'autopsie montra qu'il s'agissait d'un kyste hydatique suppuré ouvert dans les voies respiratoires. Le kyste siégeait à la partie postéro supérieure du foie.

En voici une autre.

OBSERVATION (résumée). — BALLET, *Société anatomique*, 23 janvier 1888.

Le cas de M. Ballet est plus intéressant encore. Sa malade eut des vomiques purulentes. Elle avait les signes d'un épanchement pleural d'une part, et des phénomènes pulmonaires d'autre part.

On porta le diagnostic pleurésie purulente et pneumonie caséeuse, la malade mourut. L'autopsie révéla deux kystes suppurés de la face convexe du foie.

Ces deux observations nous montrent que l'erreur est possible, puisqu'elle a été commise en sens contraire, et combien il devient difficile parfois de rapporter les signes à leur véritable cause. Pourtant c'est d'une importance capitale, car souvent quand certains symptômes apparaissent, ils peuvent pour les uns être mis sur le compte de la tuberculose pulmonaire, pour les autres être simplement le fait de kystes hydatiques. La majeure partie des auteurs aurait plutôt tendance à ne jamais soulever le voile de la tuberculose et à en rester à une maladie unique. Nous ne croyons pas qu'il doive en être ainsi, et nous voulons rappeler les quelques paroles qui furent dites sur ce sujet à la *Société anatomique* en 1871, pages 74 et 75, par MM. Duquet et Joffroy à propos d'un cas de kyste hydatique qui avait des manifestations de tuberculose pulmonaire. Les pièces étaient présentées par M. Lecourtois dont l'observation suit :

Observation I, présentée par M. Lecomtois à la *Société anatomique*, année 1870-1871, page 73.

Le malade, âgé de 25 ans, entre à Necker pour une bronchite aiguë ; il avait eu, il y a deux ans, une première bronchite qui avait guéri. Cette fois il succomba et on trouva à l'autopsie une tuberculisation miliaire, et quelques cavernules, ces dernières datent peut-être d'il y a deux ans. On rencontre en outre un kyste hydatique du lobe moyen du poumon droit ; le liquide contenu est limpide ; la poche formée d'une membrane à plusieurs feuillets est chagrinée à sa surface interne. Elle est en contact avec le tissu pulmonaire lui-même qui paraît altéré et en suppuration, mais n'est nulle part tapissé d'une membrane isolable.

Le foie renferme un kyste hydatique, mais celui-ci présente deux membranes très distinctes : la membrane hydatique et le kyste adventice ; celui-ci est déjà athéromateux et calcaire.

M. Duguet ajoutait : « Il n'est pas commun non plus de voir les malades porteurs de kystes hydatiques du poumon mourir tuberculeux : peut-être le kyste joue-t-il le rôle d'une épine, il aurait été intéressant de connaître les antécédents héréditaires du malade ». Nous avons répondu à ces deux desiderata dans les chapitres précédents.

M. Joffroy à ce propos raconta ce fait : « J'ai vu, dit-il, cette année une malade qui avait eu des hémoptysies l'année dernière et qui ne présentait à la percussion et à l'auscultation aucun signe de tuberculisation, elle était enceinte de 7 mois et très anémique. Quinze jours après son entrée à Lariboisière, elle rendit des membranes hydatides avec ses crachats. On examina à nouveau avec beaucoup de soin sa poitrine, sans trouver aucun signe de tubercules : je ne la crois pas tuberculeuse, elle a des hydatides du poumon et l'hémoptysie est dans ce cas très intéressante à constater ».

M. Duguet répondit : « L'hémoptysie existe dans les cas de kystes hydatiques du poumon ; j'ai observé à la Charité annexe un fait analogue à celui de M. Joffroy, c'est ce que l'on pourrait appeler une phtisie hydatique, mais sans tubercules ; c'est, avec la gangrène du poumon et la pneumonie intercurrente, l'un des modes de terminaison des kystes hydatiques du poumon. La mort par tuberculose véritable est exceptionnelle ».

M. Duguet reconnaît qu'un malade peut avoir de la tuberculose pulmonaire, qu'exceptionnellement c'est par elle qu'il meurt dans le cours de l'affection qui nous occupe et, de même que M. Joffroy, il admet que l'hémoptysie est causée par l'échinocoque. C'est l'avis de tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet. Beaucoup d'écrivains avaient déjà signalé auparavant cette particularité. Davaine, dans son *Traité des entozoaires*, ne disait-il pas : « les matières expectorées sont souvent teintées de sang, dans quelques cas il y a des hémoptysies plus ou moins considérables ». Comme exemple il joint l'observation XXXIX de Husson, intitulée : *Expectoration d'hydatides et hémoptysies*. Il ajoute : le malade présentait des râles muqueux, fait qui éveillait le doute dans notre esprit sur la signification de ces hémoptysies.

Trousseau aussi rappelait cette tendance « aux hémorrhagies, cortège si habituel des affections graves du foie et qui se produit par des épistaxis répétées et abondantes ».

M. Dieulafoy nous signale aussi les hémorrhagies diverses, les épistaxis, les métrorrhagies, les hémoptysies. Les auteurs classiques n'oublient pas ces faits dans la symptomatologie des kystes hydatiques.

M. Potherat résume ce que nous avons dit dans cette phrase : « la tendance aux hémorrhagies par des voies diverses, épistaxis, hémoptysies, hématémèses, métrorrhagies surtout, se montre dans les kystes hydatiques. Cette tendance avait déjà été signalée par Trousseau et Davaine, on l'a signalée plusieurs fois depuis. Nous ne l'avons jamais observée dans aucun cas que nous avons pu suivre ».

Laissons de côté ces hémorrhagies en général et tenons-nous-en aux hémoptysies. Une de nos observations en fournit un bel exemple.

Observation II (personnelle).

R... Lucie, cartonnière, âgée de 23 ans, entrée le 16 février 1896, dans le service de M. le professeur Duplay, salle Notre-Dame.

Antécédents héréditaires. — Sa mère a 43 ans et est bien portante, son père en a 54 et jouit d'une bonne santé. Ils eurent six enfants, quatre sont vivants et forts, une fille est morte à six ans de scarlatine, une autre a toussé pendant longtemps et est morte de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — A l'âge de 9 ans, elle eut une bronchite qui dura longtemps, en même temps, elle eut des adénites suppurées au cou. Il y a huit ans en 1888, elle fut soignée pour des accidents pleurétiques qui durèrent environ un mois ; deux mois après elle eut une hémoptysie peu abondante qui se renouvela dans le courant de la même année. Elle fut soignée à l'hôpital Tenon où on lui fit prendre de la glycérine et où on lui appliqua des pointes de feu aux deux sommets du poumon. Depuis cette époque elle tousse toujours beaucoup plus les hivers, elle a maigri et présente des sueurs nocturnes.

Histoire de la maladie. — La malade rapporte à un traumatisme le début de l'affection pour laquelle elle entre dans le service de M. le professeur Duplay. Elle se serait heurté l'hypocondre droit contre le

coin d'une table et pendant une quinzaine de jours aurait souffert de fortes douleurs au niveau des reins et aurait eu des vomissements. Il y a quelques mois elle aurait constaté dans la partie droite de son ventre, le développement d'une grosseur. Cette dernière aurait augmenté peu à peu et aurait atteint l'ombilic, le dépassant même à gauche. Durant l'évolution de cette tumeur, elle fut forcée de s'arrêter pendant huit jours et de garder le lit à cause des douleurs et des vomissements. Mais elle recommença après cet accident son métier, tout en ayant des alternatives de diarrhée et de constipation, des vomissements fréquents et une perte complète de l'appétit avec dégoût particulier pour les matières grasses. Elle ne souffrait nullement de cette grosseur, même quand elle appuyait dessus, elle était indolente. Un médecin consulté fit le diagnostic de kyste hydatique du foie.

Le 30 janvier 1896, à la suite d'un effort, elle eut la sensation d'une violente déchirure dans son abdomen, dit-elle, et son ventre, qui depuis deux ans augmentait de volume, s'affaissa soudain. Le jour même apparut une éruption d'urticaire généralisée. Pendant 24 heures les vomissements ne s'arrêtèrent pas, d'abord jaunâtres, bilieux, ils devinrent verdâtres. Ils cessèrent après ce laps de temps, tandis que le ventre augmentait de nouveau de volume. Cet agrandissement ne se fit pas aux dépens d'un seul côté, mais d'une façon générale, c'est dans ces conditions qu'elle entra à l'hôpital.

Entrée à l'hôpital le 13 février, nous constations qu'elle était amaigrie, avait les pommettes saillantes et rouges, toussait et crachait beaucoup. Elle avait le facies d'une tuberculeuse. Ajoutons qu'elle n'avait aucun appétit et conservait encore son dégoût pour les matières grasses. L'éruption d'urticaire avait complètement disparu. Elle se plaint de l'accroissement de volume de son ventre.

Nous voyons en effet qu'il est bombé, augmenté notablement de volume, la cicatrice ombilicale est presque effacée. La palpation est un peu sensible, mais ne détermine pas de douleurs appréciables. La percussion nous montre que la matité est étendue à presque tout l'abdomen, alternant toutefois avec des zones de sonorité, surtout dans les fosses iliaques droite ou gauche. Il n'y a guère de changement quand on fait mettre la malade dans des positions variées et

qu'on percute l'abdomen. La sensation de flot est nettement perçue. Il n'y a aucun œdème des membres inférieurs, ni de circulation collatérale veineuse développée. La matité du foie ne déborde pas les fausses côtes. Aussi pense-t-on plus volontiers à une péritonite cloisonnée et en particulier à une péritonite tuberculeuse, puisque les poumons sont pris, qu'à un kyste hydatique qui avait été diagnostiqué auparavant.

Les bruits du cœur sont réguliers et normaux, il n'y a aucune hyperthermie. Rappelons aussi que les règles se sont montrées toujours d'une façon régulière chez elle.

Si nous percutons le sommet du poumon gauche, nous trouvons de la matité et à l'auscultation nous entendons quelques craquements et quelques râles sous-crépitants. L'inspiration est très rude et l'expiration nettement prolongée. A gauche nous trouvons une légère submatité avec respiration soufflante.

Les jours suivants l'ascite augmenta, en même temps que l'état général de la malade s'affaiblissait. On se décida à une intervention qui fut pratiquée le 22 février.

Le ventre fut ouvert sur la ligne médiane et montra un kyste hydatique de la face inférieure du foie implanté par une large surface et rompu dans la cavité abdominale. Trois ou quatre litres de liquide ascitique s'écoula au dehors, avec les vésicules et des débris de membrane. On attira la poche hydatique le plus possible au dehors, afin d'en enlever une grande partie, on marsupialisa le reste à l'ouverture médiane qu'on rétrécit par quelques points de suture.

Le lendemain de l'opération, l'apyrexie était complète, le pouls était rapide mais régulier, il battait à 140 à la minute. Les jours suivants il se régularisa, la température au contraire monta, le 27, 28, 29, elle resta aux environs de 38°5, les jours suivants elle oscilla entre 38° et 39°. Cette élévation de température n'était pas due à des phénomènes de suppuration du côté de la plaie, mais à des troubles pulmonaires. Les symptômes de tuberculose pulmonaire étaient plus marqués, les râles sous-crépitants étaient très nombreux et s'entendaient des deux côtés et dans une plus grande étendue. L'expectoration était purulente.

Les phénomènes bacillaires se calmèrent peu à peu et dans le courant du mois de mars l'expectoration était peu abondante. L'examen microscopique des crachats décela des bacilles de Koch. La toux était moins fréquente et les signes stéthoscopiques s'amélioraient.

1er *mars*. — La plaie a une longueur de 10 centimètres et on enfonce profondément un stylet dans un diverticule qui s'en va du côté du foie. Les pièces de pansement sont tachées par un liquide verdâtre, filant et fétide. Les jours qui suivirent, la paroi du kyste avait tendance à s'améliorer d'abord sur les parties latérales. On pansait la malade à la gaze salolée, parce qu'elle avait eu des phénomènes d'intoxication avec l'iodoforme. Vers la fin de mars, le liquide purulent était beaucoup moins abondant et avait perdu sa fétidité. La cavité tend à se cicatriser dans la profondeur. On tente de rapprocher les lèvres de la plaie par des sutures au fil d'argent, qui coupèrent la peau trop amincie et ne servirent à rien.

Alors on plaça un gros tampon de ouate pour refouler la poche dans la profondeur tandis que des bandelettes collées au collodion de chaque côté de la plaie tâchaient, en étant nouées par dessus, à en rapprocher les bords. Une amélioration notable de la plaie se produisit, les parois se rapprochèrent progressivement durant le mois d'avril et se cicatrisèrent à leurs deux extrémités. La paroi du kyste s'éliminait de plus en plus, en allant toujours de la périphérie au centre. La suppuration se tamisait.

20 *avril*. — La paroi kystique a disparu, laissant à sa place une surface charnue, cruentée, qui a tendance à se souder avec les parois de la plaie. Les premiers jours de mais, l'épidermisation s'était complètement faite, il ne restait plus qu'un petit trajet fistulaire de 4 centimètres, se dirigeant vers le foie, bien entendu il y avait une éventration.

1er *mai*. — La malade qui avait été améliorée par son traitement général et surtout l'huile de foie de morue à haute dose, est prise d'une hémoptysie qui dure les 2 et 3, mais sans qu'elle soit accompagnée de phénomènes généraux. Pour cette raison, on est forcé d'attendre pour pratiquer une opération complémentaire afin de la débarrasser de son éventration.

20 *juin.* — Cette opération est faite. La malade est endormie au chloroforme, et les muscles droits de l'abdomen sont suturés l'un à l'autre. Le lendemain elle est prise de vomissements verdâtres et eut 38°5 de température. L'auscultation du poumon montra qu'il se faisait une petite poussée congestive du côté de son sommet droit. Il n'y eut aucune réaction péritonéale. Cinq jours après, elle était revenue à son état habituel.

Adopterons-nous à ce propos les idées de Finsen, elles nous paraissent peu claires et bien embrouillées. « Toutefois, dit-il, l'hémoptysie, qui en général est l'avant-coureur de la rupture de ces échinocoques, peut guider notre diagnostic dans cette période de la maladie (kyste hydatique du poumon). Ce symptôme est rarement observé en Islande, à cause de l'absence presque absolue de phtisie tuberculeuse ».

Nous avons relu très attentivement ce mémoire de Finsen et nous ne nous sommes guère expliqué ces deux phrases, qui, pour nous, pourraient contenir toute la vérité. Tout d'abord l'hémoptysie serait l'avant-coureur de la rupture du kyste, ensuite Finsen paraît se contredire quand il vient à parler de la tuberculose pulmonaire, et dit qu'on ne constate pas l'hémoptysie, parce que la bacillose est rare en Islande. Dans un cas, il reconnaît pour cause le commencement de rupture, après il croit que l'hémoptysie est due à la tuberculose. Cette contradiction, pour nous, est la clef de la vérité. Il y a des hémoptysies qui se rattachent à la première cause, d'autres à la deuxième.

Expliquons-nous :

1° Dans une première catégorie de faits, surtout chez des porteurs de kystes du poumon, nous constatons des hémoptysies qui annoncent la rupture du kyste ;

2° Chez d'autres malades on a des difficultés à rattacher cette hémoptysie à sa véritable cause ;

3° Enfin un certain nombre d'individus auront des hémoptysies parce qu'ils seront franchement tuberculeux.

Alors comment distinguer ces trois sortes de crachements de sang, parfois ce sera facile quand le kyste se sera ouvert dans les bronches, le malade pourra avoir une expectoration striée de sang et présentant des caractères particuliers faciles à reconnaître à un examen attentif.

Duvernoy nous les donne dans sa thèse sur la rupture des kystes hydatiques du foie dans la plèvre et dans les bronches : « Quelle que soit la durée des phénomènes, c'est encore subitement que s'ouvrent les kystes dans le poumon et dans les bronches.

« Une douleur vive, subite a été observée comme phénomène initial, indiquant cliniquement le moment de la perforation pulmonaire, mais elle est moins fréquente, moins vive et s'accompagne de moins de dyspnée que lorsque le kyste se vide dans la cavité pleurale. La dyspnée de son côté est très variable dans son intensité. Mais si la douleur et la dyspnée n'ont pas une constance et une intensité bien grandes, deux autres phénomènes sont au contraire constants et acquièrent une grande importance. Ce sont la toux et l'expectoration : deux phénomènes qui marchent généralement de pair et qui sont en raison directe l'un de l'autre. »

« La toux ouvre la scène ; le rejet de crachats d'aspect très variable suit bientôt..... Le patient ressent tout d'un coup des picotements dans le larynx et dans la gorge et bientôt éclate une vraie quinte de toux qui s'accompagne de rejet de liquide. »

A partir de ce moment la toux est quinteuse, pénible, elle augmente beaucoup et la douleur et la dyspnée.

L'expectoration est certainement le symptôme qui a le plus attiré l'attention des observateurs... La coloration varie avec sa nature ». Elle peut être purulente, mélangée de bile, sanglante, ayant les trois caractères à la fois. « Son odeur amère, atroce est une source de plaintes de la part des malades.

Quelquefois même l'hémoptysie peut être foudroyante, tel le cas de M. Rendu où la mort eut lieu absolument dans les mêmes circonstances que celles qui accompagnent les hémoptysies des cavernes tuberculeuses. M. Segond aussi en rapporte un exemple. Il obtint une guérison par incision transpleurale dans un cas très rare de kyste hydatique suppuré ouvert dans les bronches. Cette jeune femme qui lui fut adressée par M. Bouchard, était réduite au dernier terme de l'épuisement et de l'hecticité quand il l'opéra. L'intervention lui donna deux ans de santé avec retour complet de l'embonpoint et des forces, puis elle mourut brusquement d'hémoptysie foudroyante. Nous n'avons pas retrouvé l'examen de son poumon qui aurait été très utile pour la discussion, mais on peut admettre dans ces deux cas que de véritables cavernes dépendant des kystes, c'est ce que nous rencontrons dans l'observation de M. Rendu, s'étaient creusées dans le tissu pulmonaire et avaient déterminé, à un moment donné, des hémoptysies mortelles.

« Un signe très important, dit Duvernoy, c'est la rareté des hémoptysies dans les kystes du foie évacués par les bronches, opposée à la fréquence de ces hémorrhagies dans

les kystes du poumon. Delgrange montre en effet que dans les kystes pulmonaires elle est pour ainsi dire la règle et surtout qu'elle se répète souvent ». Il y a donc des caractères qui nous permettront de reconnaître l'hémoptysie due à la rupture des kystes hydatiques.

Parfois il est assez facile de trouver la véritable cause de l'hémoptysie. Un exemple bien frappant nous en a été fourni par notre malade (obs. II). Elle a eu des hémoptysies dans sa jeunesse, puis a guéri de son kyste et trois mois après présentait un nouveau crachement de sang. Dans ce cas il n'y avait aucun doute que ces hémoptysies ne fussent dues à la tuberculose, puisque les troubles du côté de l'appareil respiratoire s'étaient montrés avant l'apparition du kyste.

D'autres fois nous nous trouvons en présence d'un kyste hydatique soit du poumon soit du foie, dans le cours duquel une hémoptysie s'est produite. Le doute, vu l'absence de commémoratifs ou le peu de renseignements, a envahi l'esprit.

De deux choses, ou l'hémoptysie s'est accompagnée de troubles pulmonaires localisés au sommet, ou il n'y en avait aucun dans l'appareil respiratoire permettant d'avoir une affirmation, alors l'examen microscopique et bactériologique des crachats est nécessaire. Quand les accidents thoraciques sont dus à l'évolution des kystes hydatiques, ils déterminent au contraire des vomiques, nous en connaissons les caractères, ou des phénomènes congestifs surtout du côté de la base des poumons.

Il nous faut maintenant classer ce que nous venons d'apprendre sur les hémoptysies.

1° Les unes appartiennent indiscutablement à la tuberculose pulmonaire, le kyste a peut-être pu les faire apparaître suivant la remarque générale des auteurs sur la tendance qu'ont les maladies du foie à amener des hémorrhagies.

2° Pour d'autres le doute existe dans l'esprit et la discussion est permise. Alors c'est par l'étude détaillée des symptômes qui ont précédé l'hémoptysie, troubles du côté du poumon mis en parallèle avec ceux occasionnés par le kyste, par son augmentation, son volume, sa tension, sa compression du côté de la cavité thoracique. L'hémoptysie n'aura pas été accompagnée de troubles pulmonaires alarmants, elle sera de nature tuberculeuse, si elle coexiste avec des lésions du sommet, surtout quand le poumon n'a pas de réaction au voisinage du kyste.

S'il y a eu des signes prodromiques semblables à ceux des vomiques, l'hémoptysie aura été le signe avant-coureur de la rupture des kystes dans le poumon.

3° Le kyste s'est rompu, les crachats sont striés de sang et ont des caractères particuliers, cette hémoptysie a été causée d'une façon certaine par la déchirure du kyste.

Nous croyons qu'avec ses restrictions, dans la majeure partie des cas il sera possible de rattacher l'hémoptysie à sa véritable cause. Pour nous, quand les signes du côté du sommet sont discutables et qu'elle apparaît sans rien qui l'ait annoncée, sans prodromes et qu'elle n'est pas suivie d'expectoration particulière, elle est toujours de nature tuberculeuse.

Nous aurions voulu aborder la question des pleurésies avant ou pendant l'évolution des kystes hydatiques ; mais

elle est pleine d'incertitude. « Citons, dit M. Potherat, l'apparition inexplicable d'une pleurésie sèche de la base ou d'une pleurésie avec épanchement ». M. Dieulafoy en fait des pleurésies secondaires : « Les pleurésies secondaires sèches ou avec épanchements qui accompagnent parfois les tumeurs des organes abdominaux (rein, rate, foie), sont également applicables aux kystes hydatiques ; elles ont été signalées par plusieurs auteurs et pour ma part j'en ai recueilli six observations. Lorsque le kyste est volumineux, et surtout lorsqu'il occupe la face convexe du foie, on comprend que le travail phlegmasique se propage de proche en proche de la séreuse péritonéale à la plèvre ; mais il est des cas où le kyste est encore profondément situé et encore peu développé , et la pleurésie semble apparaître comme un signe avant-coureur. Il ne serait pas impossible que le travail inflammatoire fût transporté jusqu'à la plèvre par la voie des lymphatiques (Schweiger, Seidel, Recklinghausen), les cavités séreuses de la plèvre et du péritoine communiquant entre elles par des vaisseaux lymphatiques et par des espaces ou fentes si bien décrits par M. Ranvier. Du reste si le travail inflammatoire est susceptible dans quelques circonstances de se propager du péritoine à la plèvre, la réciproque est vraie : témoin les observations de pleurésies diaphragmatiques suivies de péritonite ».

H. Petit cherche aussi à expliquer ces pleurésies et leur rôle sur l'évolution des kystes hydatiques ; il arrive à ces conclusions :

1° La pleurésie a une influence excitatrice puissante sur la marche des kystes hydatiques du foie.

2° En déterminant l'inflammation de ces kystes, elle provoque la mort des hydatides et en amène la régression.

3° Elle agit soit à titre d'affection locale, soit plutôt à titre d'affection générale.

Le kyste, lieu de moindre résistance, pourrait donc être influencé par un état général passager ou permanent, inflammatoire ou constitutionnel. Ces idées nous expliquent les rapports du kyste avec la pleurésie, mais elles ne nous disent pas toujours de quelle nature est cette dernière. En surplus comment expliquer les cas de développement de pleurésie gauche, alors que le kyste siège à droite dans le foie ou le poumon. Le lieu de moindre résistance est à la plèvre, le poumon par sa tuberculose n'aurait-il été la cause d'infection. Si des exemples de pleurésies dépendent nettement du kyste, que dire du fait suivant : « A l'autopsie du malade de Dupérié à l'ouverture de la poitrine une plaie faite par le scalpel fait écouler d'une tumeur pulmonaire une grande quantité de liquide clair comme de l'eau de roche, et caractéristique des kystes hydatiques. Le poumon gauche est le siège d'une pleurésie récente ; sa surface est semée de granulations grises, demi-transparentes et au niveau du sommet il existe des lésions chroniques de tuberculose. » Si nous osions, nous irions même plus loin, nous ajouterions qu'il doit y avoir des faits où le kyste hydatique a pu faire naître la pleurésie, mais, comme la malade était tuberculeuse, il y a eu infection de son liquide par le bacille de Koch. Pourtant nous ne voudrions pas être trop affirmatif, surtout que les observations n'existent presque pas, et qu'il est difficile de faire la part du kyste et de la tuberculose dans la genèse d'une pleuré-

sie. Toutes ces réflexions nous amèneraient à penser qu'il y a deux sortes de pleurésies :

1° Les unes naissant par propagation, comme l'avaient démontré les observations de MM. Dieulafoy, Caillette, Petit.

2° Les autres, pour lesquelles on cherche tant d'explications, peuvent soit précéder le kyste, soit se montrer durant son évolution. Elles n'ont pas de signes spéciaux pour les distinguer, ce sont celles-là qu'il faudrait ponctionner, l'examen du liquide devrait être pratiqué et son injection dans le ventre de cobayes fournirait parfois des enseignements utiles. Dans certains cas nous croyons que nos prévisions se réaliseraient et prouveraient que ces pleurésies sont sous la dépendance d'un état constitutionnel du poumon : la tuberculose pulmonaire ; de la sorte quelques pleurésies inexplicables dans leur apparition et leur évolution au cours des kystes seraient sorties du doute où elles se trouvaient.

Tels étaient les deux groupes de troubles sur lesquels il nous importait d'insister et d'attirer l'attention. A l'hémoptysie surtout nous voulions lui donner sa véritable place ; dans les cas douteux l'examen bactériologique et microscopique lève les hésitations.

Ce ne sont pas les seuls signes qui pourraient prêter à la confusion, il en existe encore d'autres qui dépendent surtout de l'état général. « Un moment arrive, dit Dieulafoy (1), et ce moment est plus ou moins éloigné, où l'état général du sujet devient mauvais, l'appétit se perd, les di-

(1) DIEULAFOY, *Manuel de médecine*, p. 302.

gestions sont pénibles, l'amaigrissement est considérable, il y a des hémorrhagies, on dirait une sorte de cachexie hydatique ». Dans ces conditions, il y a des chances surtout quand le kyste n'est pas reconnu pour que l'esprit de l'observateur soit attiré du côté de la bacillose. Parfois elle coexiste véritablement avec l'échinocoque. Dans ces cas, on accordera la plus grosse importance aux signes fournis par l'examen minutieux des poumons. Ils seront d'une si grande utilité que grâce à eux la tuberculose pulmonaire s'imposera. Relisons l'observation de M. Moutard-Martin, elle nous rend compte de l'importance qu'ils présentaient pour arriver à faire la part de chacune des deux maladies.

OBSERVATION III. — *Kyste hydatique ouvert dans la plèvre. — Empyème. — Guérison. — Mort par tubercules pulmonaires* (MOUTARD-MARTIN, *Traité de la pleurésie purulente*, 1872, p. 21).

Chauvin Paul, pâtissier, 17 ans, faible, délicat. Visage d'une pâleur anémique prononcée, un peu pigmentée. Père mort à 52 ans d'un cancer de l'estomac. La mère vit encore. Une sœur morte de phtisie pulmonaire. Lui-même, quoique délicat, n'a jamais été sérieusement malade. Il ne toussait pas, ne s'essoufflait pas facilement.

Il y a deux mois, fut pris de douleurs d'estomac revenant par accès. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, 6 octobre 1871, il fut pris, pendant la nuit, d'un violent frisson accompagné d'un point de côté intense à droite avec toux, sans expectoration. La respiration était fréquente et pénible, la fièvre vive. Pendant les huit jours qui suivirent, il eut trois ou quatre fois par jour des frissons irréguliers. Depuis ce temps, les frissons ont disparu, mais la fièvre est continue, les sueurs nocturnes abondantes, la dyspnée considérable. L'état du malade paraît s'aggraver, ce qui le décide à entrer à l'hôpital le 6 octobre 1871.

L'état général déjà décrit persiste. Le pouls bat 130 fois par minute. T. A. 30°7.

A l'inspection du thorax, on voit que le côté droit est notablement dilaté, les espaces intercostaux bombés, malgré la maigreur du malade.

Pas d'œdème des parois thoraciques ni des lombes. Abolition complète des vibrations thoraciques. Matité complète dans tous les points du côté droit. Souffle bronchique très éloigné dans toute la moitié inférieure du côté, plus fort au niveau de l'épine de l'omoplate. Egophonie vers l'angle du scapulum se prolongeant jusqu'au sommet dans lequel on perçoit quelques râles muqueux. Rien à gauche.

Le foie déborde les fausses côtes de 4 centimètres. La pointe du cœur bat notablement en dehors du mamelon gauche. Pas de souffle. Pas d'albumine dans les urines.

En présence de ces symptômes, l'existence d'un vaste épanchement pleurétique ne pouvait faire doute. L'hésitation ne pouvait exister que sur la nature du liquide contenu dans la plèvre. La fièvre intense persistant depuis trois semaines, les frissons fréquents, les sueurs nocturnes, l'inappétence, la pâleur extrême de la face, l'habitus extérieur du malade pouvaient faire croire à l'existence d'une pleurésie purulente, malgré l'absence d'œdème des parois. L'abondance de l'épanchement, la dyspnée indiquaient la nécessité d'évacuer immédiatement le liquide épanché, de quelque nature qu'il fût. Le doute devait donc être levé par la ponction et l'examen direct du liquide. Une ponction est donc pratiquée avec un trocart ordinaire et la baudruche sans donner aucun résultat. Pas une goutte de liquide ne sort. Immédiatement nous retirons la canule et introduisons l'aiguille moyenne de l'aspirateur Dieulafoy qui donne issue à 40 grammes de pus. Subitement l'écoulement s'arrête. Le pus, retiré en si petite quantité que ce soit, avait fixé le diagnostic de pleurésie purulente. L'absence de résultat de la première ponction, l'arrêt subit de l'écoulement du pus dans la deuxième, pratiquée avec l'aspirateur, nous donnaient l'assurance qu'il existait au milieu du pus des parties solides de volume suffisant pour oblitérer le calibre de la canule même avec aspiration. Il fallait agir, extraire le liquide avec

les masses qu'il pouvait contenir et le choix de l'opération me parut suffisamment indiqué.

L'empyème fut donc pratiqué le 9 octobre avec MM. Bd. Labbé et Dieulafoy.

L'incision, commencée à 6 centimètres de l'épine dorsale intéressant le septième espace intercostal, fut prolongée en avant dans une longueur de 6 centimètres.

Il sortit deux litres de pus ; à plusieurs reprises l'écoulement s'arrête et une masse d'un gris jaune, demi-transparente, vient obturer l'ouverture en faisant hernie au dehors. A quatre reprises, je saisis ces masses constituées par de vastes poches hydatiques rompues et en même temps il sort par la plaie des poches hydatiques entières, transparentes et du volume d'un œuf.

Nous avions donc affaire à des hydatides suppurées. Le pansement fut fait après injection d'eau tiède alcoolisée.

10 *octobre*. — Pour la première fois depuis 17 jours, le malade n'a pas de sueurs nocturnes. Il a bien dormi et peut rester couché sur le dos. Pouls toujours fréquent, 152 pulsations ; respiration tombée de 44 à 36. Ecoulement par la plaie de bien peu de liquide séro-purulent, inodore.

13. — Suppuration presque nulle, un peu jaune. Dans les jours suivants, amélioration jusqu'au 23. Ce jour-là, à la visite du matin, malade pâle, fatigué, nuit agitée, fièvre, inappétence. Suppuration plus abondante, un peu odorante. Injection avec eau tiède légèrement iodée.

Jusqu'au 31 octobre, alternatives dans l'abondance et l'odeur de la suppuration coïncidant avec les modifications dans le même sens de l'état général et pourtant la cavité se rétrécit de plus en plus.

A partir de ce moment, progrès constants de la convalescence. État général devient de meilleur en meilleur. L'appétit, les forces et l'embonpoint reviennent.

Le 10 novembre on cesse les injections qui ne pénètrent plus que dans un trajet fistuleux qui se ferme lui-même complètement le 24 novembre et qui s'ouvre de temps en temps pour donner issue à cinq ou six gouttes de pus qui ne viennent certainement pas de la cavité pleurale.

La sonorité est excellente du haut en bas de la poitrine sauf au pourtour de l'incision où existe un peu de submatité. Au sommet du poumon, on entend des râles à assez grosses bulbes qui me préoccupent un peu pour l'avenir au point de vue des tubercules. Respiration bonne jusqu'à la base à partir de l'épine de l'omoplate.

Le malade guéri pourrait sortir de l'hôpital si nous ne le conservions par pitié à cause de sa misère. Du reste, il travaille comme infirmier.

L'observation pourrait se terminer ici si elle n'avait un épilogue dont nous venons de voir le dénoûment.

Chauvin était bien portant quand, le 14 mars 1872, il demande une permission de sortie pour plusieurs heures. Le soir, après être rentré, il est pris d'un frisson violent avec fièvre, point de côté à droite, dans le côté opéré. Toux fréquente. Crachats pneumoniques abondants. A la percussion, son obscur à la base. A l'auscultation, râles crépitants dans le tiers inférieur et souffle à la base.

Le malade ne se rétablit pas. Les symptômes de pneumonie de la base ont bien disparu. La fièvre n'existe plus. L'appétit est bon, mais le malade a maigri, toussé, craché. Matité dans le sommet droit en avant. Souffle amphorique dans la partie antérieure à droite ; gargouillement au sommet gauche. Nous nous demandons s'il ne s'est pas développé de nouvelles hydatides dans le sommet du poumon droit, hydatides qui se seraient fait jour par les voies aériennes, en même temps qu'il existerait des tubercules.

Mort dans le marasme le 14 juin 1872.

Nous trouvons à l'autopsie le lobe droit réduit à un tronçon du volume d'une pomme et bilobé. Le lobe gauche est énorme et à lui seul représente le volume d'un foie très développé. Etat gras. Le poumon droit adhère de toutes parts à la paroi costale et surtout au diaphragme où il adhère à sa base par un véritable tissu cicatriciel qui se prolonge dans la substance du lobe droit au foie atrophié et dans lequel il forme un noyau du volume d'une noix. Le sommet du poumon contient une immense caverne ; ses autres parties sont farcies de tubercules et de cavernes tuberculeuses.

Les antécédents héréditaires de ce malade montraient que son père était mort de cancer de l'estomac, une de ses sœurs de phtisie. Le sujet lui-même était d'une santé délicate avant d'avoir souffert de son kyste. L'auscultation révélait des râles muqueux au sommet droit. Le kyste de la plèvre guérit par l'empyème, mais il resta au sommet du poumon des râles à assez grosses bulles qui préoccupèrent M. Moutard-Martin pour l'avenir au point de vue des tubercules. Il avait bien raison, quelque temps après ce malade présentait une pneumonie douteuse qui guérit, mais qui laissa après elle des troubles qui déterminèrent la mort. L'autopsie vérifia la précision du diagnostic.

Il en fut de même dans l'observation rapportée par M. Dupérié.

Observation IV. — Présentée par M. Dupérié, externe, à la *Société anatomique* et intitulée : *Tuberculisation pulmonaire. — Kystes hydatiques multiples du péritoine stimulant une généralisation tuberculeuse*, année 1875, page 840.

L'observation qui va suivre, outre qu'elle fournit un exemple remarquable de kystes hydatiques disséminés dans le péritoine, nous a paru utile à faire connaître, à cause de la difficulté qu'en pareil cas doit nécessairement présenter le diagnostic ; les kystes hydatiques ayant présenté des caractères cliniques très semblables de ceux de certaines tumeurs abdominales de nature cancéreuse, notamment la plupart des signes physiques d'un cancer colloïde du péritoine.

Antécédents de famille. — La mère de cette malade mourut d'une tumeur de la glande mammaire. Elle-même s'était toujours bien portée jusqu'à ses six dernières années. Il y a six ans, elle eut une couche qui ne présenta rien à noter ; mais à partir de ce moment, elle commença à souffrir dans le ventre, et c'est graduellement que l'affection abdominale est arrivée au degré qu'on observe aujourd'hui.

Il y a trois mois environ qu'elle souffre, et elle entre à l'hôpital de a Charité (service de clinique, M. Lancereaux, suppléant), dans l'état suivant : C'est une femme très amaigrie, jaune, avec la teinte cachectique et terreuse que l'on rencontre ordinairement dans les affections organiques.

Le ventre est très développé et, à la palpation, on reconnaît qu'il est, d'une part, complètement indolent, et que de l'autre, la cavité péritonéale est remplie de tumeurs multiples, marronnées, variant autant qu'on le peut juger, du volume d'une noix à celui du poing. Il n'y a pas d'ascite ; aucun phénomène du côté de l'utérus, aucun écoulement vaginal. Le toucher montre qu'entre le vagin et le rectum existe une énorme tumeur semi-fluctuante, indolente, remplissant toute la cavité du petit bassin ; il est impossible d'atteindre le col. Le foie est volumineux, indolent, il ne paraît pas contenir de tumeur bosselée.

Depuis quelque temps, cette malade toussait, avait considérablement maigri, sans que les énormes tumeurs ventrales multiples, qu'elle portait depuis plusieurs années, eussent d'ailleurs fait le moindre progrès, mais la menstruation n'existait plus.

L'expectoration est visqueuse, purulente par points ; la toux fréquente. La principale cause de gêne est la dyspnée intense, poussée jusqu'à l'orthopnée, dont elle est atteinte. L'inspection du haut de la poitrine montre des déformations sus et sous-claviculaires qu'on trouve ordinairement chez les phtisiques.

Les deux sommets sont enveloppés par deux vastes zones de matité ; la sonorité générale est diminuée à droite et en arrière dans toute la hauteur du poumon droit.

A l'auscultation, et surtout à droite, on constate des craquements humides, excessivement nombreux, mêlés de râles sibilants. Le mêmes râles se retrouvent dans toute la hauteur, mais en diminuant graduellement d'intensité. Signes analogues à un degré moins intense du côté opposé. La voix est normale. L'appétit est presque nul. De temps en temps il y a quelques vomissements, qui n'ont jamais été noirs, mais alimentaires et bilieux ; la constipation est ordinaire. Mais d'une manière générale, il y a peu de phénomènes digestifs,

et l'intensité du mal est due à la toux, à l'expectoration, à la dyspnée et à des douleurs en ceinture suivant le trajet des intercostaux.

La malade resta depuis son entrée jusqu'à ces derniers jours dans un état stationnaire, au point de vue des douleurs de l'abdomen. Mais la dyspnée allait croissant, empêchait tout sommeil et la poitrine était pleine de râles sibilants et ronflants. Cette femme s'affaiblissait. Le traitement consista en palliatifs : quinquina, sirop de morphine laxatifs réitérés et applications calmantes sur le ventre.

Le diagnostic qui, à cause de la forme et de la multiplicité des tumeurs péritonéales indolentes, sans ascite, sans phénomènes stomacaux ni péritonéaux aigus, avait été considéré comme le plus probable, était l'existence d'un carcinome encéphaloïde ou colloïde du péritoine, coïncidant avec une tuberculose pulmonaire à la période de ramollissement et très étendue. Plus tard, M. Lancereaux émit l'opinion qu'il s'agissait peut-être ici d'une forme particulière de tuberculisation mésentérique ; ses doutes persistèrent jusqu'à la fin.

Du reste, rien ne pouvait faire songer à une affection hydatique, et l'on verra à la lecture de l'autopsie que tous les ganglions mésentériques étaient atteints de tuberculisation. Dans les derniers jours qui précédèrent la mort, la malade éprouva des douleurs péritonéales vives ; on ne pouvait plus toucher à la paroi abdominale. Des vomissements bilieux se produisirent, la dyspnée devint extrême, et pendant les cinq derniers jours la malade se refroidit graduellement, et elle s'éteignit enfin dans le subdelirium.

Elle présentait alors un œdème cachectique, accompagné de thrombose dans le membre pelvien du côté droit. Une semaine environ avant cette terminaison fatale, la malade fut atteinte de muguet buccal confluent, dont l'apparition coïncida avec celle du délire.

Autopsie. — A l'ouverture du péritoine, adhérences à la paroi. La surface du péritoine paraît couverte de tumeurs bosselées qui, dans les portions adhérentes de l'épiploon, se montrent sous la forme de nodosités miliaires. L'épiploon enlevé, les circonvolutions intestinales paraissent recouvertes par de fausses membranes récentes ou soudées entre elles par des adhérences anciennes. Dans le

flanc droit, entourée de circonvolutions intestinales adhérentes dans un tissu cellulaire lâche, de nouvelle formation, se trouve une tumeur évidemment liquide et bosselée. Cette tumeur est disséquée et isolée des adhérences qui l'entourent ; elle fait partie d'un groupe d'autres tumeurs plus petites, réunies en paquet, qui plongent dans l'excavation pelvienne. La symphyse coupée, le vagin ouvert, on voit au fond un col très petit conduisant dans une cavité utérine de grandeur normale. En enlevant l'utérus, on voit que le fond est coiffé par une poche kystique, qui laisse à son ouverture échapper une multitude de petites perles, transparentes comme du cristal. La trompe droite est le siège de tumeurs de même nature. Dans tout le péritoine les paquets kystiques sont disséminés irrégulièrement, adhérant le plus souvent entre eux par de longs tractus filamenteux, qui donnent à toutes ces tumeurs l'apparence de chapelets irréguliers.

Derrière l'utérus se trouve une grosse masse qui remplit toute l'excavation et fait corps avec toutes les autres tumeurs. Dans les points des feuillets mésentériques qui ne sont pas le siège des kystes hydatiques, on voit des ganglions qui sont caséeux. A la surface d'une certaine portion de l'intestin, on voit de petites vésicules transparentes faire saillie.

A l'ouverture de la poitrine, une plaie faite par le scalpel, fait écouler d'une tumeur pulmonaire une grande quantité de liquide clair comme de l'eau de roche, caractéristique des kystes hydatiques. Le poumon gauche était le siège d'une pleurésie récente ; sa surface est semée de granulations grises, demi-transparentes, et, au niveau du sommet, il existe des lésions chroniques de la tuberculose. Le poumon droit est très adhérent au diaphragme, et aux parois costales (symphyse pulmonaire). Ce poumon est farci de lésions tuberculeuses et il est imperméable de la base au sommet (sclérose). Le cœur est d'une petitesse remarquable. Il pèse 165 grammes. L'orifice mitral, vu du côté des oreillettes, est absolument sain. Les ventricules ouverts, il en est de même. Rien à noter à l'orifice tricuspide examiné du côté de l'oreillette. En résumé le cœur a conservé ses dimensions.

Le foie est excessivement volumineux, très adhérent au diaphragme ; il présente un kyste hydatique volumineux à la partie postérieure du lobe gauche. Le foie est absolument gras. Tout autour du foie, il existe des adhérences de tous les organes ; l'arrière-cavité des épiploons n'existe plus.

L'estomac se déchire par sa paroi postérieure quand on l'enlève. Le kyste hydatique du foie est ouvert ; il est formé d'une poche fibreuse contenant un très grand nombre d'hydatides revenues sur elles-mêmes et détruites, et d'autres formant des poches transparentes, variant du volume d'une noisette à celui du poing fermé ; ces dernières contiennent un liquide transparent. On voit à travers la paroi les échinocoques sous la forme de petits points blancs.

La tumeur qui remplissait l'excavation pelvienne est mise à nu. Elle s'est développée dans le tissu rétro-rectal, de telle sorte qu'elle est comprise entre le vagin et le rectum. Elle a la grosseur de la tète d'un fœtus à terme. C'est elle qu'on sentait pendant la vie. — Les ganglions périaortiques sont gros comme de petites noisettes et caséeux. Le cerveau est sain.

S'il n'y avait de tuberculose pulmonaire dans ses antécédents, sa mère était morte de cancer du sein. Pour son compte personnel, nous trouvons une description des symptômes très concluante. Cette malade toussait depuis assez longtemps, avait maigri considérablement. Son expectoration était purulente, et la dyspnée assez intense. L'inspection du haut de la poitrine montra les déformations sus et sous-claviculaires qu'on rencontre d'ordinaire chez les phtisiques. Par la percussion, on limita aux deux sommets deux vastes zones de matité. A l'auscultation, surtout du côté droit, on constatait des craquements humides, excessivement nombreux, mêlés de râles sibilants. Cette partie du diagnostic fut faite par M. Lanceereaux, il reconnut cette tuberculose pulmonaire à une période de ramollissement

très étendu. Le doute n'existait pas chez lui, d'autant plus qu'il y avait d'autres signes de tuberculose localisés ailleurs, nous les signalerons plus tard.— L'observation de Lefèvre nous donne une bonne description des troubles pulmonaires.

Observation V. — Observation présentée par M. Armand Lefèvre, interne des hôpitaux, à la *Société anatomique*, année 1886, p. 255, et intitulée : *Kyste hydatique suppuré du foie. — Ouverture spontanée à la peau. — Mort* 8 *ans après la guérison.*

La nommée B... Virginie, journalière, actuellement âgée de 62 ans, entrait le 5 août 1878 dans le service de M. Desprès, à l'hôpital Cochin, salle Sainte-Rose, n° 8, malade depuis 5 ans d'un kyste hydatique du foie. Le 20 août, le kyste suppuré s'ouvrait spontanément à la peau, au-dessous de la partie moyenne du bord costal droit. Le drainage ayant été pratiqué, la malade sortait de l'hôpital le 28 octobre 1878 en voie de guérison. Rentrée à l'hôpital de la Charité le 12 mars 1886, salle Sainte-Rose, n° 4, elle nous apprend que la fistule qu'elle portait encore à sa sortie s'est fermée peu de temps après. Depuis ce temps elle n'a éprouvé aucun phénomène anormal du côté du foie, la santé générale est restée bonne jusqu'à l'année dernière. Depuis un an, elle est prise de toux et d'expectoration avec perte des forces et amaigrissement. Actuellement, la maigreur est très prononcée, la toux fréquente, l'expectoration abondante formée de crachats purulents nummulaires. A l'examen de la poitrine, on trouve à droite des râles muqueux et sibilants sur toute la hauteur du poumon en avant ; en arrière du gargouillement au sommet. A gauche râles muqueux et sibilants, frottements à la partie postérieure. A la partie moyenne du rebord des fausses côtes droites, la peau porte une cicatrice blanche étoilée, du diamètre d'une pièce de vingt centimes, sans adhérence aux parties profondes. Traitement : narcotiques et toniques. Les jours suivants même état, toux et expectoration persistantes.

Le 24 *mars,* dyspnée.

Le 25. — Dyspnée interne, cyanose, absence d'expectoration, râle trachéal, mort à 11 heures.

Autopsie. — Au sommet du poumon droit et en arrière, adhérences pleurales ; un peu d'épanchement séro-purulent dans la plèvre droite. A gauche, adhérences du poumon sur toute la hauteur du bord postérieur, caverne tuberculeuse du volume d'une mandarine au sommet du poumon droit. Les deux poumons emphysémateux présentent dans toute leur étendue un semis de granulations tuberculeuses. Le cœur est de volume normal, le myocarde légèrement jaunâtre, les valvules saines. Pas d'altération des reins ni de la rate. Les ganglions mésentériques sont volumineux, caséeux en certains points. Le foie présente à son bord antérieur, au niveau de la vésicule, une échancrure profonde, en forme de V ouvert en avant, qui le divise en un lobe droit volumineux situé dans l'hypochondre droit et un lobe gauche aplati, triangulaire, situé à gauche de la ligne médiane au-devant de l'estomac : les deux lobes sont réunis en arrière de l'échancrure par un pont arrondi d'un diamètre de six à huit centimètres, présentant à sa face inférieure le lobule de Spiegel normalement conformé et plus en avant la vésicule biliaire petite et perméable. La substance du foie présente son aspect normal, sauf un léger état de dégénérescence graisseuse. L'échancrure est comblée par un tissu cellulaire lâche au milieu duquel on sent un noyau dur, du volume d'une noix, à surface inégale ; il est situé au sommet de l'échancrure, au-dessus du fond de la vésicule biliaire et adhère en arrière à la substance hépatique. A la coupe, ce noyau est composé d'une masse calcifiée, de consistance osseuse, sous forme d'une bande de huit millimètres d'épaisseur, plissée sur elle-même, à la façon des circonvolutions cérébrales et laissant à son centre un point de deux millimètres de diamètre de consistance cartilagineuse.

Le tissu cellulaire qui comble l'échancrure se continue en avant avec la face postérieure de la paroi abdominale ; il est lâche et ne présente aucun épaississement fibreux aboutissant à la cicatrice cutanée ; il se perd en haut sous forme de membranes ténues, cloisonnées, faisant adhérer la face convexe du foie au diaphragme de chaque côté du ligament suspenseur.

Pouvions-nous hésiter et attribuer à une récidive du kyste les troubles qui existaient, M. Moutard-Martin (obs. III) y pensa chez son malade, cette hypothèse aurait dû être écartée à cause de la localisation des signes aux sommets des poumons. Notre femme était guérie depuis des années, il y avait près de douze mois qu'elle toussait, perdait ses forces et maigrissait d'une manière sensible. L'expectoration était abondante, formée de crachats nummulaires. A l'examen de la poitrine, on trouvait à droite des râles muqueux et sibilants dans toute la hauteur du poumon en avant, en arrière du gazouillement au sommet. A gauche les signes étaient moins marqués.

Souvenons-nous de la description de ce que l'on rencontrait à l'examen du poumon (obs. II). Cette jeune fille, à part les hémoptysies qu'elle avait présentées, a encore des symptômes de tuberculose pulmonaire très nets.

Dans notre deuxième observation personnelle, recueillie encore dans le service de M. le Professeur Duplay, l'examen de la poitrine ne laissa dans l'esprit de personne de doutes à cet égard, bien qu'ici le malade n'ait pas eu d'hémoptysies. Le kyste hydatique était aussi frappant que les troubles pulmonaires, et ce double diagnostic fut porté par M. le Professeur Duplay. C'est à propos de ce malade, qu'il indiqua le traitement des kystes hydatiques du foie et qu'il parla de la tuberculose pulmonaire dans les termes que nous avons rapportés au début de ce travail.

Observation VI (personnelle). — Observation recueillie dans le service de M. le Professeur Duplay.

L... Georges, âgé de 42 ans, peintre en bâtiments, est entré le 24 février 1896, à l'Hôtel-Dieu, salle St-Landry.

Ses parents sont morts vieux et avaient eu une bonne santé. Ils eurent plusieurs enfants qui étaient au nombre de six, et bien portants, sauf l'un d'eux qui mourut de phtisie galopante à 32 ans.

Antécédents personnels. — Il eut une fluxion de poitrine à l'âge de 11 ans ; peintre en bâtiments, il n'eut jamais d'accidents de saturnisme, pourtant il a le liseré gingival. Il n'a pas eu la syphilis. Autrefois il faisait des excès alcooliques, il a cessé depuis trois ou quatre ans, jamais il n'a eu d'accidents d'alcoolisme chronique.

Histoire de la maladie. — Il y a quatre ans, à la suite d'un traumatisme, son ventre, dit-il, augmenta de volume. Mais c'est surtout depuis trois ans qu'il constata l'accroissement de volume de son abdomen. Vers cette époque, il fut pris d'étouffement, de dyspnée, de malaise général qui le força d'abandonner son travail. Il ne souffrait pas, si ce n'est d'un point de côté intermittent avec irradiations vers l'épaule droite. Il n'eut ni symptômes généraux, ni diarrhée. Depuis trois ans, il n'a pas souffert du côté de son foie, il n'a eu ni vomissements, ni diarrhée, ni sang dans ses matières, ni ictère. A ce moment il vit un médecin qui lui dit qu'il avait une maladie de foie et qui le mit au lait et lui appliqua des vésicatoires sur la région hépatique. L'année suivante le malade constatait qu'il avait une grosseur dans l'hypochondre droit, seulement pour lui cette tumeur aurait été appréciable à certains moments, et aurait disparu à d'autres. Depuis elle n'aurait pas beaucoup augmenté de volume. Il ajoute encore que le travail lui était pénible, qu'il s'essoufflait pour rien, qu'il se fatiguait de même, aussi travaillait-il un mois, puis était-il forcé de prendre du repos. Même ces derniers temps il avait cessé complètement d'exercer son métier.

Il y a deux mois, vers décembre 1895, le ventre augmenta sans cause apparente d'une manière exagérée, et devint une grande gêne pour le malade. Il mit sur son hypochondre droit tous les révulsifs : teinture d'iode, vésicatoire, etc. mais rien n'y fit.

Il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu le 24 février 1896 et fut couché salle St-Landry, n° 24.

Il a un mauvais état général, il est amaigri, a la face pâle, le teint terreux, il nous affirme qu'il n'a jamais eu les conjonctives jaunes

Il se plaint d'avoir une grosseur dans le côté droit, et d'être très oppressé.

Si on le découvre dans le décubitus dorsal, on est frappé de l'élargissement asymétrique de la base du thorax.

Du côté droit les côtes sont déjetées en dehors, la paroi abdominale projetée en avant. Il y a une voussure de l'hypochondre droit, de la région épigastrique, et une de la région hypochondriaque gauche. Cette différence entre le côté droit et gauche est très appréciable, une mensuration des apophyses épineuses à la ligne médiane antérieure donne cinq centimètres en plus. Ce soulèvement présente deux bosselures, une grosse, de beaucoup la plus volumineuse à la région hypochondriaque droite, l'autre à la région épigastrique dépassant même la ligne médiane.

La palpation et la percussion qui donne partout de la matité permettent de délimiter la tumeur. En avant nous trouvons qu'elle descend de l'hypochondre droit jusqu'à deux travers de doigt de la crête iliaque, elle suit un peu l'arcade crurale tout en restant de la même longueur, puis elle remonte vers la ligne médiane en décrivant un rebord festonné. Elle passe à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic qu'elle côtoie à droite, pour présenter un petit prolongement jusque dans l'hypochondre gauche. Cette tumeur est rénitente, elle a une matité complète qui se confond avec celle du foie. C'est une grosseur lisse, régulière à sa surface et dans tous ses points. Elle n'a pas de lobes, ni de dépression, malgré cette apparence de subdivision. D'une consistance uniforme, également rénitente et fluctuante, on a la sensation de flot d'une extrémité à l'autre. Il n'y a aucune sensation de tumeur solide. Elle n'est le siège d'aucune douleur spontanée, la pression même profonde n'est pas douloureuse. Il n'y a pas d'ascite.

On cherche le frémissement hydatique, nous ne le percevons pas, M. le Professeur Duplay a la sensation d'une légère ondulation. Il est difficile de dire, vu le volume de la tumeur, si elle suit les mouvements du foie, dans la respiration, elle participe aux mouvements en masse de tout le thorax.

Appareil pulmonaire. — Il se plaint d'oppression, il a une toux sèche, petite, saccadée, quinteuse. Son rhythme respiratoire est spécial,

l'inspiration est brusque, saccadée et rapide, très courte ; l'expiration est plus longue, plus large, cela dure pendant quelques secondes et la respiration redevient normale. Le nombre des respirations par minute varie de 28 à 30.

La percussion démontre de la submatité en avant et de la matité en arrière au sommet gauche.

Rappelons la matité qui commence à l'angle inférieur de l'omoplate à droite pour se continuer avec la matité totale de l'hypochondre droit.

Les vibrations thoraciques sont diminuées à droite à la base et même abolies, au contraire elles sont exagérées au sommet gauche. A l'auscultation du sommet gauche on trouve de gros râles sous-crépitants plus prononcés en arrière qu'en avant, à droite il y a quelques craquements au sommet.

L'expectoration est muco-purulente, elle ne contient pas de sang, ni n'en a jamais contenu.

Les bruits du cœur sont réguliers et normaux, le pouls bat à 95 à la minute.

La quantité d'urine en 24 heures est de 1 litre à 1 litre et demi, d'apparence normale, n'ayant ni sucre, ni albumine. La rate n'est pas grosse, la température est normale.

Le 20 février une ponction blanche lui est faite, le trocart était trop petit. Un bandage compressif lui est mis, quelques jours après la tumeur paraît moins tendue.

Le 4 mars, une deuxième ponction, faite avec un plus gros trocart, ramène un liquide jaunâtre non complètement transparent, environ 1200 grammes. A la suite de cette aspiration la tumeur diminua considérablement et la matité ne dépassait que de quatre travers de doigt le rebord inférieur des fausses côtes. Elle augmenta de nouveau 7 à 8 jours après et atteignit presque les dimensions primitives.

Le 14 mars, une troisième aspiration fut faite, elle donna lieu à l'écoulement d'un litre de liquide. Celui-ci examiné montra des crochets et des débris de membranes. La tumeur avait disparu et ne se reproduisit plus les jours suivants.

Le malade sortit le 23 mars avec un état général satisfaisant, ses

signes pulmonaires n'avaient guère varié du côté de ses sommets, la matité avait disparu à droite. La matité du foie ne dépassait que de deux travers de doigt le rebord inférieur des fausses côtes.

Ce malade eut un frère qui mourut de phtisie galopante à 32 ans. Lui-même eut une fluxion de poitrine à 11 ans, ajoutons qu'il est alcoolique. Il se plaint d'oppression, de toux sèche, quinteuse, il a une respiration spéciale, ces phénomènes sont sous la dépendance de son kyste hydatique du foie. La percussion nous démontra de la submatité en avant de la matité, en arrière au sommet gauche. A l'auscultation de ce sommet nous constations de gros râles sous-crépitants plus prononcés en arrière qu'en avant, à droite il avait quelques craquements au sommet. L'expectoration était muco-purulente.

Dans le cas de M. Ferrant la tuberculose pulmonaire fut reconnue :

Observation VII. — Présentée par M. Ferrant, à la *Société anatomique*, et intitulée *Hydatides du corps thyroïde, du foie, de l'utérus*, année 1861.

P... Marie, âgée de 48 ans, couturière, est entrée à la Pitié, le 29 mai 1861, n° 15, service de M. le Dr Marrotte.

Cette femme est d'une constitution sèche, maigre et pâle ; elle se plaint d'être malade depuis longtemps, et accuse tous les signes généraux de la tuberculisation. L'auscultation d'ailleurs révèle un commencement d'excavation déjà fort sensible dans le sommet de chaque poumon.

Elle porte de plus un goître composé de deux tumeurs arrondies : l'une, à droite, a presque le volume du poing : l'autre est un peu moins volumineuse. Ces deux tumeurs, parfaitement arrondies, occupent les deux côtés du larynx, dont elles suivent les mouvements

dans l'acte de la déglutition. Elles sont juxtaposées sur la ligne médiane, mais paraissent indépendantes. La peau qui les recouvre est normale, un peu mobile à leur surface ; elles-mêmes sont mobiles sur les parties profondes ; leur consistance est considérable, et n'indique pas la présence d'un liquide, mais plutôt une hypertrophie ou un kyste à parois dures épaisses et tendues sur son contenu. Comme cette tumeur n'occasionne qu'une gêne mécanique modérée, la malade n'a jamais sollicité d'intervention chirurgicale. La respiration elle-même n'est pas notablement entravée.

Le 4 juin, cinq jours après son entrée, la malade meurt subitement.

Autopsie trente heures après la mort. — Coloration pâle de la peau. La face n'est pas cyanosée.

Cavité crânienne. — On trouve un épanchement abondant de sérosité pâle et limpide dans la cavité de l'arachnoïde et dans les mailles de la pie-mère. Les méninges sont un peu congestionnées ; on n'y trouve pas trace de granulations. Quantité modérée de liquide dans les ventricules cérébraux.

Thorax. — Pas d'épanchement dans les plèvres. Tubercules à l'état cru disséminés dans la plus grande partie des deux poumons ; ils sont plus avancés à mesure qu'on approche des sommets ; et des deux côtés on en voit là qui, complètement ramollis, indiquent un début de caverne. Rien au cœur ; orifices normaux.

Abdomen. — Le foie est volumineux, un peu bosselé. Au niveau de ses bosselures, il présente une couche épaisse de fausses membranes fibro-cartilagineuses qui s'étendent sur la plus grande partie de sa face convexe, et surtout sur le lobe gauche, et en arrière à la jonction des deux lobes. En ces deux points, la coupe montre deux vastes poches formées aux dépens du tissu hépatique dans lequel ces cavités semblent avoir été sculptées régulièrement. Leur cavité est arrondie, volumineuse comme un œuf de cygne, et inégale, présentant sur certains points des anfractuosités en communication plus ou moins facile avec la poche principale. Ces parois sont doublées d'une membrane lisse, blanche et fibreuse.

Le contenu est formé d'un nombre indéfini d'acéphalocystes rondes et vivantes, variant, dans leur volume, de celui d'un pois à celui

d'une noix : ce sont des vésicules claires ayant tous les caractères des acéphalocystes ; au microscope, on y trouve des crochets caractéristiques. Outre ces vésicules nettes et vivantes, on trouve une agglomération considérable de lames fibreuses lisses qui sortent par paquets, et sont évidemment des débris d'acéphalocystes mortes.

Le tout nage dans un liquide peu abondant, jaunâtre, d'aspect biliaire en partie, et sans odeur spéciale.

La *rate* n'a rien d'anormal.

Les *reins* ne présentent qu'un peu de congestion.

L'*utérus* est aussi le siège d'altérations curieuses : de son fond part un pédicule tapissé par le péritoine, et qui, après 2 centimètres de longueur au plus, se termine par une tumeur arrondie, libre, recouverte par le péritoine lisse, et du volume d'un œuf de dinde. Celle-ci ouverte, se divise en deux parties sur chaque surface de coupe. La moitié supérieure est une poche kystique qui renferme des hydatides en tout analogues par leurs variétés d'aspect à celles du foie, savoir, des vésicules parfaites et des paquets de débris membraneux. La moitié inférieure, au milieu d'une couche cellulo-fibreuse dense, montre un noyau de la dimension d'une pièce de 50 centimes au moins, noyau hémorrhagique, rougeâtre, à coupe lisse, et dans lequel le caillot accuse une tendance à l'organisation marquée par la séparation qui s'accomplissait entre ses éléments. Autour de l'utérus se voient encore deux petites tumeurs du volume d'un gros pois, blanches et excessivement fibreuses. Une autre enfin atteignant le volume d'un œuf de pigeon, a aussi l'aspect fibreux bien prononcé.

L'altération principale est au *corps thyroïde*. La glande thyroïde elle-même paraît avoir disparu, rien dans la tumeur ne semble rappeler son tissu ; elle est remplacée par les deux tumeurs déjà indiquées de chaque côté des cartilages cricoïdes et thyroïdes. L'une de ces tumeurs, celle qui occupe le côté droit, mesure 8 à 9 centimètres de diamètre ; elle est parfaitement sphérique, et recouverte en partie par les muscles qui partent du sternum, s'aplatissent et s'étalent à sa surface. Sa coupe présente l'aspect suivant : une poche fibreuse dense, dont les parois, ayant d'un demi à deux tiers de centimètre

d'épaisseur, enveloppent un contenu divisé en loges inégales, dont les divisions semblent formées en partie par des matières fibrineuses plus ou moins organisées, mêlées de dépôts de nature graisseuse, et en partie de kystes hydatiques ouverts par la coupe. Un de ces kystes est demeuré intact, et se présente avec sa transparence, son tremblotement caractéristique ; il est d'ailleurs du volume d'une noisette. L'autre tumeur, de 5 à 6 centimètres de diamètre, sphérique aussi, contient un amas de fibrine encore mal organisée, colorée surtout à la périphérie, et entourée de petits foyers hémorrhagiques récents et circonscrits comme s'ils s'étaient produits dans des cellules distinctes. Ces foyers contiennent du sang purement liquide ; leur dimension est variable, et ils forment comme une couronne intermédiaire au caillot et à la coque fibreuse qui l'enveloppe Ces deux tumeurs sont réunies au-devant du larynx par un tissu cellulaire lâche qui les retient au contact l'une de l'autre en leur permettant quelques mouvements de glissement. Quant au calibre du larynx, il était perméable, mais notablement rétréci, admettant difficilement l'extrémité du petit doigt au niveau de la glotte.

La nature hydatique du goître fut contrôlée à l'aide du microscope, d'abord par M. Luys, qui, ne trouvant pas de crochets, demeura dans le doute. M. Ch. Robin, qui l'examina à son tour, ne fut pas plus heureux quant aux crochets, il n'en trouva pas, mais la nature hydatique de la tumeur n'en fut pas moins *évidente* pour lui, à cause des caractères qu'il y découvrit, et qu'il avait déjà indiqués dans la *Gazette des hôpitaux* du 12 février 1859 (article de bibliographie) comme spéciaux aux hydatides. C'est d'abord cet aspect extérieur de mastic que j'ai constaté ; puis la transparence des vésicules, leur état finement granuleux, les lignes parallèles régulières indiquant les bords déchirés, avec la présence de granulations graisseuses abondantes et de cristaux de cholestérine et d'hématoïdine.

Cette femme était malade depuis longtemps et, comme dit M. Ferrant, elle accusait tous les signes de la tuberculisation : l'auscultation révélait un commencement d'exca-

vation déjà fort sensible dans le sommet de chaque poumon.

Si la malade de M. Bruté n'avait pas d'antécédents héréditaires, bien avant qu'on ait reconnu son kyste la tuberculose pulmonaire avait été diagnostiquée :

Observation VIII. — Communiquée à la *Société anatomique* en 1868 et recueillie par M. Bruté à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Moissenet.

Cette femme, âgée de 50 ans, lingère, sans antécédents morbides héréditaires, ordinairement bien portante, avait été prise de bronchite opiniâtre, au mois de janvier 1868 à la suite d'un refroidissement. La bronchite s'amende vers la fin de janvier ; mais bientôt surviennent de la fièvre, des douleurs dans la poitrine et dans le dos, en même temps que de la toux. Admise à l'hôpital des Ménages à cette époque, cette femme vit son état s'améliorer vers la fin de février, et elle put reprendre ses travaux : on avait diagnostiqué des tubercules pulmonaires. Cependant vers le milieu de mars, elle entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Bucquoy, suppléant du professeur Grisolle. M. Duguet, chef de clinique, la trouva dans l'état suivant :

Amaigrissement très prononcé, conformation du thorax normale ; les vibrations thoraciques sont conservées. Dans toute la hauteur du poumon gauche, mais surtout en bas, matité relative avec légère résistance au doigt. A l'auscultation on perçoit en arrière et à droite une respiration puérile et sans râles ; à gauche dans les fosses sus et sous-épineuses, de gros râles sous-crépitants, aux deux temps de la respiration avec un souffle doux ; de l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la base, souffle amphorique intense avec gargouillement. La voix normale dans presque toute la hauteur du poumon gauche devient chevrotante à la base. Malgré ses symptômes, l'état général reste bon et l'expectoration est nulle. Aussi, pour le diagnostic, hésite-t-on entre des cavernes occupant la base des poumons et une pleurésie avec fausses membranes, sans épanchement ou au moins avec très peu de liquide.

La malade porte en outre une tumeur qui remplit tout le côté droit de l'abdomen et dépasse un peu la ligne médiane à gauche. Cette tumeur dure, immobile, presque indolente au toucher, aurait paru à la suite d'un accouchement et aurait notablement diminué après la ménopause. Du reste, la malade ne s'en préoccupe nullement. Au bout de trois semaines, la malade sortit de l'hôpital, mais y rentra peu de jours après dans le service de M. Moissenet. Elle présente alors un amaigrissement excessif, le pouls est très petit et fréquent à 128. Subdélirium constant. Toux fréquente avec quintes, suivies de crachats visqueux, très adhérents. L'auscultation des poumons donne les signes énoncés plus haut, seulement le souffle amphorique et les râles s'entendent dans toute la hauteur du poumon gauche, plus marqués à la base qu'au sommet ; ils sont très atténués vers l'angle inférieur de l'omoplate. La malade succombe le 9 avril.

Autopsie. — Le poumon gauche est étroitement uni aux parois thoraciques par des adhérences membraneuses, résistantes, lamellaires et fibreuses, contenant des traînées graisseuses, et un grand nombre de vaisseaux de nouvelle formation. Point de liquide dans la plèvre. Les deux lobes pulmonaires sont soudés. Le poumon est régulièrement arrondi, de consistance variable, avec des noyaux indurés et des points ramollis. Il est rempli de cavernes de toutes dimensions communiquant les unes avec les autres et arrivant dans certains points jusqu'auprès de la plèvre et au voisinage de la face diaphragmatique. Le tissu est parsemé de granulations tuberculeuses disséminées et de tubercules à différentes périodes et surtout de noyaux de pneumonie caséeuse.

Dans le poumon droit, au sommet existent aussi des tubercules à différents degrés, et quelques points de pneumonie caséeuse.

Le foie est le siége de plusieurs tumeurs hydatiques considérables, mais de volume variable ; elles occupent principalement le lobe droit, dont l'organe est en dégénérescence graisseuse. Le lobe droit est représenté par une tumeur énorme, à parois fibreuses, contenant une quantité d'hydatides, les unes flétries, les autres transparentes et remplies de liquide limpide. A la face inférieure est appendue une seconde tumeur, du même volume, contenant les mêmes hydatides, qui placée en avant du rein, pouvait tout d'abord simuler une hydroné-

phrose. A gauche de cette poche en existent deux ou trois autres reliées au foie, seulement par des adhérences celluleuses, flétries et contenant un grand nombre de poches transparentes comme de la gélatine, ou bien jaunâtres avec des paillettes de cholestérine. — Le cœur est petit, mais sans aucune altération valvulaire ou autre. Rien dans les autres organes.

Un an avant sa mort, cette malade fut soignée pour une tuberculose pulmonaire. M. Duguet l'examina les derniers jours de sa vie, il trouvait à l'auscultation en arrière et à droite une respiration puérile et sans râles ; à gauche dans les fosses sus et sous-épineuses, de gros râles sous-crépitants, aux deux temps de la respiration, avec un souffle doux ; de l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la base on percevait un souffle amphorique retenu avec gargouillement. Malgré ses symptômes l'état général persista bon pendant quelque temps et l'expectoration nulle. On hésita, dit M. Bruté, entre des cavernes occupant la base des poumons et pleurésie avec des fausses membranes. L'autopsie montra qu'on se trouvait en présence d'une tuberculose pulmonaire avancée.

Parfois les signes de tuberculose pulmonaire sont si peu apparents qu'ils n'attirent pas l'attention, en voici un exemple :

Observation IX. — Présentée par M. Bouilly, interne des hôpitaux, à la *Société anatomique*, année 1872, page 433.

Log... âgé de 30 ans, musicien ambulant, entré le 21 septembre 1872, salle St-Jean, à l'hôpital Cochin. Il est assez faiblement constitué, d'une apparence chétive.

Sa santé avait toujours été bonne jusqu'à l'âge de 24 ou 25 ans. A cette époque, pendant six mois environ, il fut pris de vomisse-

ments presque incessants, il rendait tout ce qu'il mangeait et en outre des matières verdâtres bilieuses. Les vomissements disparurent et ne se reproduisirent qu'à de longs intervalles ; mais l'état général devint mauvais et le malade maigrit beaucoup.

Il y a deux ans, il remarqua qu'il portait une tumeur du côté droit du ventre ; en même temps il fut encore repris de temps à autre de ses vomissements bilieux et alimentaires. Il éprouvait aussi des alternatives fréquentes de diarrhée et de constipation. Mais il n'y a que cinq semaines qu'il se trouve réellement malade, son ventre a pris des proportions qu'il n'avait jamais eues jusque-là ; les vomissements ont reparu, la fièvre s'est allumée et l'état général est devenu très mauvais. OEdème des extrémités inférieures. Un médecin en ville appliqua un vésicatoire sur le ventre, et fit dans le côté droit de l'abdomen une ponction qui donna issue à cinq ou six litres de liquide.

A l'entrée à l'hôpital (21 septembre), facies cachectique, terreux ; amaigrissement considérable de la moitié supérieure du corps. Le malade n'a pas d'ictère et assure n'en avoir jamais eu. On constate un œdème très prononcé des extrémités inférieures et un développement énorme de l'abdomen, avec distension des veines sous-catanées, surtout au niveau des flancs et de la région épigastrique.

L'examen de l'abdomen par la palpation et la percussion fait constater un épanchement considérable ; la sensation de flot est bien évidente dans presque tous les points. Néanmoins, cet épanchement ne paraît pas libre dans la cavité péritonéale, il semble enkysté dans plusieurs poches ou bridé par de fausses membranes. Le paquet intestinal n'occupe pas la place habituelle qu'on lui trouve dans l'ascite, c'est-à-dire surnageant à la partie supérieure du liquide. Au contraire, au creux épigastrique et dans les flancs on a une matité absolue. En outre le déplacement du malade ne fait pas varier les lignes de matité d'une manière sensible ; en particulier si on le fait coucher sur le côté gauche, de manière à collecter le liquide dans les parties déclives, on obtient toujours du son à la partie inférieure gauche de l'abdomen, dans la fosse iliaque droite, où les anses intestinales semblent fixées. Une ponction faite à droite, un peu au-dessous du niveau de l'ombilic, donne issue à six litres d'un liquide vert jaune, qui semble coloré par la bile.

Après cette évacuation, le ventre ne s'affaisse pas complètement, et il reste dans plusieurs points une sensation nette de fluctuation. Une seconde ponction, faite au-dessous de la première, avec l'aspirateur Potain, donne encore issue à deux litres d'un liquide de même nature.

Néanmoins on ne parvient pas à vider complètement la cavité péritonéale, et le ventre présente encore une certaine tension. Quelques jours après, sur les instances du malade, souffrant d'une dyspnée intense, on fait une troisième ponction, qui ne donne issue qu'à quelques gouttes de liquide de même nature que celui précédemment retiré.

L'examen des poumons ne révélait qu'un peu de rudesse de la respiration aux deux sommets et une inspiration saccadée.

Le malade après avoir présenté des vomissements bilieux et alimentaires, revenant à peu près tous les deux jours, et une diarrhée peu abondante mais continuelle, succomba le 4 octobre aux progrès de la cachexie.

Autopsie, 6 octobre. — *Cavité abdominale.* — Au moment où la paroi abdominale est incisée, il s'échappe par l'ouverture une quantité considérable de liquide jaune verdâtre, tout à fait analogue à celui qui a été retiré par les ponctions. Cette quantité de liquide peut être évaluée à 8 ou 9 litres. En même temps que le liquide s'échappe, nn nombre énorme de poches hydatiques, les unes jaunes, les autres colorées en vert par la bile, ayant depuis les dimensions d'une petite noisette jusqu'à celles d'une mandarine. La quantité de poches d'hydatides fait remplir un litre et demi.

Au premier abord, il semble que ce liquide hydatique soit contenu dans la cavité péritonéale ; mais un examen plus attentif fait découvrir que la poche dans laquelle liquide et hydatides sont contenus, se continue en haut avec le foie et qu'il s'agit là d'une poche distincte. En effet, on trouve que cette poche très considérable est située entre le péritoine pariétal et le feuillet du grand épiploon ; elle a contracté avec la séreuse des adhérences intimes, mais qui ne sont pas très solides, et que l'on peut rompre avec les doigts. Incisée dans toute sa hauteur, depuis le bord antérieur du foie jusqu'à la sym-

physe pubienne, et débarrassée des hydatides, cette poche se présente sous l'aspect suivant :

La face interne est mamelonnée, hérissée de petits sillons s'entre-croisant en tous sens et formant de petits espaces quadrangulaires, colorés en jaune verdâtre par la bile. La face externe est adhérente d'une part à la paroi abdominale antérieure ; d'autre part, elle est appliquée contre la paroi postérieure de la cavité abdominale, surtout du côté droit, et contre la colonne vertébrale qu'elle franchit pour s'étendre dans le côté gauche. Elle masque le paquet intestinal qui est dérobé aux regards ; car en haut cette poche se continue avec le bord antérieur du lobe droit du foie ; en arrière elle s'attache vers le hile de cet organe, dans la moitié droite environ, mais son insertion postérieure au foie se fait sur une moins grande étendue qu'en avant.

Le foie lui-même présente une augmentation considérable de volume, surtout dans son lobe droit, qui est bosselé à sa partie antérieure et supérieure, laquelle est très adhérente au diaphragme. En rompant ces adhérences, on remarque que le lobe droit du foie presque tout entier est transformé en un vaste kyste. Les parois de ce kyste sont formées seulement par la capsule de Glisson considérablement épaissie, ayant environ un millimètre et demi d'épaisseur, et offrant une dureté cartilagineuse ; il ne paraît plus y avoir de traces de tissu hépatique. L'intérieur du kyste est tapissé par une matière noir-jaunâtre, il est complètement rempli de poches hydatiques.

Le kyste entier présente à sa partie inférieure, vers le hile du foie, une large communication avec la poche située au-dessous et qui faisait tumeur dans la cavité abdominale. Cet orifice de communication est parfaitement circulaire, de la largeur environ d'une pièce de cinq francs, et admet facilement trois doigts placés de champ. Ses bords sont nets et arrondis, ne présentant aucune bride cicatricielle, pouvant faire admettre qu'il s'agit là d'une ouverture anormale, ayant succédé à une altération. C'est un orifice normal, ayant subi une dilatation progressive considérable. Il y a donc communication des plus évidentes par un large orifice entre le kyste du foie et la grande poche située dans la cavité abdominale.

L'examen attentif du rapport des parties révèle que cette poche

n'est autre que la vésicule biliaire énormément distendue, dans la quelle ont pénétré les hydatides, et que la tumeur abdominale n'était formée que par cette vésicule ayant subi une distension excessive.

Les adhérences avec le foie, d'une part, avec la paroi abdominale, d'autre part, et l'enkystement parfait du liquide, nous expliquent clairement comment, pendant la vie, la matité ne se déplaçait pas par es attitudes diverses que l'on faisait prendre au malade.

On aperçut, sous la vésicule, détachée de tous côtés de ses adhérences, le paquet intestinal refoulé et adhérent le long de la colonne vertébrale et dans les fosses iliaques ; le kyste n'a pas envahi la fosse iliaque gauche, et dans ce point on trouve réunis par des adhérences l'iliaque et une portion du gros intestin. La présence de l'intestin en ce point et la fixité de la tumeur font comprendre pourquoi on trouvait de la sonorité dans la fosse iliaque gauche, bien qu'on fît coucher le malade sur ce côté.

Le péritoine, dans presque toute l'étendue des points où il a contracté des adhérences avec la vésicule biliaire distendue, présente des traces de péritonite chronique. La face externe de la vésicule offre plusieurs petits kystes hydatiques de la grosseur d'une noisette. Elle est doublée par du tissu conjonctif de nouvelle formation. Inutile d'ajouter qu'à la place ordinaire occupée par la vésicule biliaire, on ne trouve pas de traces de cet organe.

Les autres organes de la cavité abdominale ne présentent rien à noter.

Cavité thoracique. — Cœur gros, vaisseaux sains. Les poumons présentent, dans toute leur étendue, une éruption généralisée de tubercules qui paraissent de date récente.

L'examen des poumons révèle pourtant un peu de rudesse de la respiration aux deux sommets et une inspiration saccadée. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire était difficile à faire, d'après les constatations cadavériques : une éruption généralisée de tubercules s'était produite.

Un autre exemple nous est fourni par l'observation de M. Sorel :

Observation X. — *Kystes hydatiques du poumon droit et du foie indépendants ; fistules biliaires en rapport avec le kyste du poumon. — Cachexie progressive entraînant la mort* (Par le Dr Sorel, médecin-major à Sétif (Alger) (1).

J... (Léon), âgé de 25 ans, employé au service d'un hôtel, entre à l'hôpital de Sétif le 31 octobre 1878 et meurt le 16 mars 1880.

Arrivant à Sétif à la fin de janvier 1880, je trouve ce malade dans le service qui m'est confié. Les récits qu'il fait de ses antécédents sont confus, bizarres, et contradictoires ; il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Cependant notons qu'il vint en Algérie à l'âge de 5 ans, eut une santé toujours mauvaise ; que, néanmoins, jugé apte au service militaire, il rejoignit le 1er régiment de zouaves en août 1877 pour y passer l'année exigée des Algériens par la loi, mais qu'il dut entrer presque aussitôt à l'hôpital, y resta plusieurs mois, et alla toujours depuis déclinant.

Aujourd'hui c'est un souffreteux à l'apparence grêle et chétive, ne se levant plus et miné par une expectoration dont je parlerai tout à l'heure, avec accompagnement d'accès quotidiens d'une fièvre à exacerbations vespérales.

Le thorax présente une voussure située à droite, en arrière et en bas ; à son niveau, matité presque absolue, vibrations thoraciques à peu de chose près abolies, murmure respiratoire éloigné, très affaibli. La poitrine, dans son ensemble, résonne mal et on y perçoit des râles humides disséminés.

Le foie est recouvert par les fausses côtes, sauf au-dessous du sternum où vient se prolonger le lobe gauche. On ne reconnaît aucune inégalité dans la région marquée par la matité hépatique, et on n'y rencontre aucun point fluctuant ou même, simplement rénitent. La pression est douloureuse au niveau de l'épigastre occupé par le lobe gauche du foie.

Le malade accuse en outre une douleur habituelle qui s'irradie le long du dos pour aboutir à l'épaule droite. Cette douleur s'exaspère

(1) *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, année 1880, p. 520.

par la compression du nerf phrénique derrière la clavicule, et pendant les efforts de toux. Celle-ci, fréquente, pénible, quinteuse, est suivie de l'expulsion d'un liquide abondant, plus ou moins visqueux, aéré à la surface et d'une coloration jaune, parfois un peu verdâtre, ayant l'aspect, l'odeur et le goût de la bile, et en effet, l'expectoration évaluée à une moyenne de 100 à 400 grammes par jour se compose de bile pour la presque totalité.

Le malade reste à demi-assis dans son lit, éprouvant dans l'horizontalité, surtout latérale, une sensation d'étouffement.

De temps à autre, on trouve expulsé, mais rarement, un fragment d'hydatide.

Les selles restèrent colorées et l'ictère a toujours fait défaut.

D'après les renseignements que je dois à l'obligeance de M. Planchot, médecin aide-major, l'expectoration était devenue bilieuse dans les premiers jours de novembre et c'est à dater de ce moment que la fièvre s'alluma et que l'émaciation fit des progrès rapides.

J..., sans appétit, privé de sommeil par le flux biliaire qu'il doit évacuer sous peine d'étouffer, souffrant de la douleur phrénique, arrivé à un état de cachexie absolue et des lésions pulmonaires développées secondairement, viennent compléter la déchéance vitale.

Il meurt le 16 mars, à 10 heures du soir.

Autopsie. — Infiltration séreuse des méninges mais sans opacité ; la substance cérébrale ne présente rien de particulier.

Le poumon gauche est congestionné et contient des tubercules crus, disséminés, aucune altération pleurale.

Le poumon droit est parsemé de gros tubercules crus, les deux feuillets de la plèvre sont adhérents, et, de plus, épaissis en arrière et à la base au niveau de la voussure thoracique signalée à l'extérieur.

En cet endroit, on rencontre une poche fluctuante qui se rompt et laisse se répandre 200 grammes environ de liquide biliaire, en même temps que s'échappent des vésicules hydatiques rompues et colorées en jaune , ces vésicules sont contenues dans une grosse hydatide mère déchirée et plissée.

Il existe donc, à la base du poumon droit, une poche kystique du

volume d'un œuf de dinde, limitée en arrière par la plèvre, en avant, en dedans et supérieurement par le tissu pulmonaire plus ou moins altéré, sa base formée par le diaphragme aminci, repose sur la face convexe du foie, et, en arrière en même temps qu'un peu en dehors elle se trouve en contact avec l'extrémité supérieure du rein droit qui, remonté, est venu se loger là. Cette poche communique largement avec les bronches dilatées, sa partie déclive est recouverte d'une bouillie épaisse, sorte de magma biliaire. A ce niveau, les fibres musculaires du diaphragme ont à peu près disparu et les canaux biliaires de la surface convexe s'ouvrent par un trajet oblique dans la cavité kystique, l'un d'eux est assez développé et je puis déterminer son trajet en y passant un crin.

Le *foie*, légèrement augmenté de volume, surtout transversalement de dehors en dedans, adhérant par sa face convexe au diaphragme aminci et détruit en partie ou réduit à une membrane fibreuse, en rapport en arrière et en dehors avec le rein déplacé et logé sous le diaphragme, présente aussi une cavité kystique.

Celle-ci, située en dehors du ligament suspenseur, très court au point où la convexité abandonne le contact de la paroi thoracique, a le volume d'un gros œuf de poule et se trouve creusée dans sa portion antéro-supérieure par la seule capsule de Glisson et le péritoine. Elle contient un kyste hydatique qui la tapisse et va se plisser en arrière dans un diverticulum. Ce kyste renferme un liquide limpide et une vingtaine d'hydatides filles, du volume d'une amande au volume d'un pois. Le liquide trouvé dans ces hydatides filles est également limpide.

Placées sur la main, elles donnent la sensation d'une masse gélatineuse, tremblottante. On éprouve cette même sensation, en plaçant sur la paume de la main un fragment quelconque de l'hydatide mère ou des hydatides filles, elle est donc indépendante du liquide et tient à la consistance des parois. Nulle part, ni dans les vésicules du foie, ni dans celles du poumon, on ne rencontre d'échinocoques, ou des crochets. L'hydatide mère du foie développée, présente le volume d'une tête de fœtus.

La vésicule biliaire, petite, blanchâtre, est flasque et contient un peu de mucus.

Rien à noter du côté des autres organes.

Le soldat de M. Sorel avait été malade dès son enfance, c'était un souffreteux d'apparence grêle et chétive. Il avait des accès de fièvre quotidiens avec exacerbations vespérales. La percussion de sa poitrine montrait de la matité presque partout, à l'auscultation on trouvait des râles humides disséminés. Nous croyons qu'un esprit prévenu aurait pu dans ce cas déceler la tuberculose, vu les lésions assez marquées qui furent constatées à l'autopsie.

Parfois les signes de tuberculose pulmoraire devaient être nets, mais ils ne furent pas rapportés par les observateurs.

Observation XI. — Communiquée par M. le D[r] Routier, publiée dans la thèse de Demars et intitulée : *Kyste hydatique du foie ; symptômes de tuberculose pulmonaire. — Procédé du gros trocart. Fistule, guérison en six mois, abcès du foie.*

C'est un homme de 43 ans qui depuis plusieurs années présentait des symptômes d'amaigrissement, une toux sèche. Pas d'hémoptysies.

En outre, voussure de l'hypochondre droit, fluctuation. On fait une ponction exploratrice et on retire du pus.

On enfonce le gros trocart, puis la sonde. Pansement de Lister. Lavages phéniqués quotidiens dans la poche.

La poche se rétracte, mais il reste une fistule qui persiste pendant six mois.

Dans l'intervalle de cette guérison, il s'est formé successivement trois à quatre petits abcès du foie qui ont aussi retardé la guérison.

Nous ne pouvons que signaler le titre d'une observation

qui nous aurait intéressé, nous n'avons pu retrouver la publication des détails.

Observation XII. — M. Chevalet présente à la *Société anatomique* des pièces recueillies chez un jeune homme scrofuleux et tuberculeux âgé de seize ans et atteint de kyste hydatique du foie (année 1872, p. 117).

En résumant ces longues réflexions à propos de chaque cas, nous avons vu que les troubles pulmonaires existent souvent, soit dans les kystes hydatiques du foie par irritation de voisinage, soit dans les kystes du poumon où l'on comprend qu'ils doivent se rencontrer plus fréquemment, et atteindre dans ces derniers leur degré le plus intense. Il était toujours possible de se rendre compte qu'ils appartenaient les uns à l'évolution de la maladie kystique, les autres à la tuberculose pulmonaire concomitante. Bacillose dans les kystes hydatiques doit dire à l'observateur prévenu : fouillez dans les antécédents familiaux et personnels de vos malades, sachez s'ils ont eu des bronchites, des hémoptysies, dans quelles circonstances elles se sont montrées, s'ils toussent depuis longtemps : examinez attentivement leurs sommets et n'y recherchez que les symptômes courants de la tuberculose. S'ils existent, ils en dépendent, soyez-en sûr, ils ne peuvent pas relever d'une localisation kystique au sommet, nous n'en avons retrouvé aucun exemple. D'autres troubles du poumon s'ajoutent parfois aux précédents et font naître la confusion dans l'esprit. C'est que ces symptômes nouveaux se montrent aussi dans la tuberculose pulmonaire, leur siège au niveau des bases des poumons ou en d'autres points, tout en excluant

les sommets éveillera l'attention si déjà l'affirmation qu'ils dépendent du kyste ne nous a pas été faite par les commémoratifs, l'évolution et les signes spéciaux que les échinocoques auront déterminés dans leur marche vers la cage thoracique. Ainsi tout le monde connaît le pneumothorax dans les kystes, ses cavernes, ses fistules, autant de points communs avec la tuberculose pulmonaire où l'erreur peut être rapidement commise. Donc cette dernière doit être recherchée et elle se présente avec ses signes courants qu'ils s'imposent ou demandent un examen très attentif. Toujours la localisation au niveau du sommet aura une importance capitale.

Nous allons passer maintenant à une autre série de faits où, à des symptômes peu nets de tuberculose pulmonaire, sen ajoutent d'autres dus à la localisation du bacille de Koch sur d'autres organes. S'il n'est pas toujours permis de ramener à une même unité ces deux ordres de troubles, leur rapprochement aura été utile dans plus d'un cas. Citons à ce propos l'observation de M. Cauchois :

Observation XIII. — Présentée par M. Cauchois, interne des hôpitaux, à la *Société anatomique* et intitulée : *Tuberculose des épiphyses du genou ; hypertrophie considérable par dégénérescence tuberculeuse des ganglions inguinaux correspondants ; ulcérations tuberculeuses de l'intestin ; granulations tuberculeuses disséminées des poumons ; kyste hydatique ancien de la plèvre diaphragmatique.* Année 1872, page 19.

Pièces recueillies à l'autopsie d'un homme âgé de 46 ans, mort le 10 janvier 1872 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Louis, n° 11, service de M. le professeur Verneuil, où il était entré en mai 1871 pour une affection chronique du genou gauche. Aucune note n'avait été

prise, pendant sa vie, sur ce malade que nous n'avons du reste observé qu'à partir du 1er janvier dernier et incomplètement. Il a succombé à une diarrhée colliquative.

A l'autopsie, nous avons trouvé les lésions suivantes :

L'articulation du genou gauche, siège de la maladie primitive, étant ouverte, nous a montré :

1° La membrane synoviale est épaissie, œdémateuse, molle et rouge, présentant à ses points d'insertion autour des surfaces articulaires, et sur les franges, comme d'épais bourrelets ayant un aspect de granulations fongueuses : la synoviale ainsi altérée commence à recouvrir le cartilage d'encroûtement à sa périphérie.

2° Les ligaments latéraux, les ligaments croisés, toutes les parties fibreuses sont œdématiées et ont pris ici l'aspect lardacé, là sont ramollies et en partie détruites.

3° Le gonflement et l'infiltration séro-purulente s'étendent au tissu cellulaire sous-cutané et à la peau.

4° L'articulation renfermait environ 100 grammes de pus épais, roussâtre, qui avait perforé la capsule à la partie interne et s'était creusé un foyer entre les fibres musculaires dissociées et ramollies, et jusque sous la peau de cette région.

5° Le cartilage a perdu son aspect brillant bleuâtre, aussi bien sur les condyles fémoraux que sur les tubérosités tibiales : les cartilages semi-lunaires de ces derniers sont ramollis, soulevés par la synoviale devenue fongueuse, et qui s'est insinuée à leur face profonde. La couleur normale des cartilages d'encroûtement est devenue jaunâtre : leur tissu se laisse facilement pénétrer par la pointe du scalpel. En quelques points, notamment sur la partie la plus saillante du condyle interne du fémur et sur la tubérosité interne du tibia, existe une perte de substance presque circulaire, de près de 1 centimètre de diamètre, mais sans dénudation de la surface osseuse. L'articulation péronéo-tibiale supérieure est complètement détruite : il n'y a plus de cartilage sur la tête du péroné qui présente un tissu rugueux, d'une coloration blanc jaunâtre.

6° Après avoir fendu dans leur longueur, en plusieurs fragments, le fémur, le tibia, le péroné, nous avons trouvé divers états de dégénérescence :

1° Dans la substance spongieuse de la diaphyse, au voisinage des épiphyses, au milieu d'un tissu vivement injecté, quelques granulations dont le volume est ici celui d'un grain de mil, là celui d'une tête d'épingle, les unes encore grises, les autres déjà jaunâtres ; ces granulations ont été trouvées dans le fémur et dans le tibia.

2° Çà et là dans les épiphyses de petites lacunes du tissu spongieux d'une capacité de 1/2 centimètre cube en moyenne, principalement au tibia.

3° Le condyle interne du fémur et la tubérosité interne du tibia ont offert des lésions plus avancées, savoir : amincissement du cartilage articulaire réduit à 1 millimètre d'épaisseur à peine, et un foyer de coloration jaune dans la substance spongieuse, avec induration du tissu osseux. Ce noyau de dégénérescence graisseuse tranche sur les parties voisines et sur la substance spongieuse de la diaphyse qui présentent un ramollissement rouge assez prononcé.

4° L'altération est un peu différente dans la tête du péroné ; là c'est une dégénérescence d'aspect caséeux (blanc grisâtre), avec ramollissement du tissu.

Dans tous les points dégénérés précédemment décrits, il n'était plus possible de retrouver de granulations.

7° Enfin le tissu compact de la diaphyse du fémur, celui du tibia sont notablement amincis.

Les ganglions lympathiques du triangle de Scarpa et ceux qui leur font suite dans la fosse iliaque gauche (du côté du genou malade), offraient une hypertrophie considérable, quelques-uns ayant acquis jusqu'au volume d'un gros œuf de pigeon. La consistance de ces ganglions est variable : il y a des points de ramollissement complet, et, en effet, la coupe de ces parties fait écouler un liquide épais grisâtre caractéristique. Dans les points non ramollis on voit manifestement, au milieu de la trame hypertrophiée du ganglion, des granulations arrondies grises ou jaunâtres, isolées ou agglomérées en ilots qui déjà subissent le ramollissement caséiforme.

Rien de semblable du côté opposé.

Intestin. — L'intestin grêle porte un assez grand nombre d'ulcérations circulaires (perpendiculaires à l'axe), correspondant en géné-

ral aux ganglions mésentériques. On en trouve de divers âges, et les plus anciennes ont détruit jusqu'à la tunique musculeuse. Elles sont manifestement d'origine tuberculeuse ; car dans leur voisinage on voit, par transparence, sous le péritoine, de nombreuses granulations arrondies, grises ou jaunâtres, ainsi que dans le mésentère, et dans les ganglions de ce dernier comme dans ceux de l'aine.

Poumons. — Les poumons ne renferment pas de cavernes, mais on y trouve disséminées çà et là ou rassemblées en petits groupes, principalement aux deux sommets, des granulations semblables à celles précédemment décrites.

Foie. — Le foie a subi entièrement la dégénérescence granulo-graisseuse : il est granuleux à sa surface (cirrhose des tuberculeux).

Le cerveau n'a pas été examiné.

Les autres organes n'offrent rien d'important à noter.

Kyste hydatique de la plèvre. — En arrachant le poumon gauche que retiennent des adhérences assez solides à sa base, on découvre une poche sous-pleurale, adhérente au diaphragme, remplie incomplètement d'un liquide clair, et d'une contenance d'un demi-litre environ. La face interne est rugueuse, et présente des végétations et des tractus jaunâtres transparents (débris de poches hydatiques). Examinée au microscope, la membrane interne a présenté les caractères des membranes hydatiques : substance anhyste, striée à la surface. On n'a pu trouver de crochets.

Cette observation montrait le rôle capital joué par la tuberculose comme si elle avait existé seule, le kyste n'ayant qu'un rôle tout à fait accessoire et étant une découverte d'autopsie. Ici nous étions bien en présence d'un kyste hydatique chez un tuberculeux et nous nous rendions compte une fois de plus combien la question posée sous cette forme aurait été stérile, puisque le kyste ne jouait que le rôle le plus infime.

Dans le cas de M. Brault, la tuberculose ne frappait pas seulement le poumon, mais se généralisait.

Observation XIV, présentée par M. Brault, interne à l'hôpital St-Louis, et intitulée : *Kyste hydatique du poumon gauche et du foie. — Tuberculose péritonéale. — Xanthelasma laryngo-trachéo-bronchique*, page 267, année 1879, et *France médicale*, nos 1 et 2, année 1879.

Il n'a aucun antécédent pathologique, ni du côté de ses parents, ni de lui-même.

Après avoir quitté le service de M. Dujardin-Beaumetz où il était resté quelque temps, le malade revint à St-Louis dans le service de M. Hillairet dans un état de cachexie avancée.

Il était maigre, pâle, mangeait peu et se plaignait de douleurs du ventre distendu par un épanchement ascitique qu'on pouvait évaluer à deux litres et demi ou trois litres. Le sommeil était possible, souvent interrompu. Cet état dura trois semaines, le malade refusait toute nourriture, toussait, car il présentait pendant les derniers jours des signes de pleurésie à gauche. Il mourut sans avoir présenté de complication importante, et seulement par le fait d'une cachexie lente.

Autopsie. — *Aspect extérieur du cadavre.* — Rigidité cadavérique conservée, pas de putréfaction. Vu la pâleur des téguments, les taches palpébrales sont plus faciles à délimiter que pendant la vie, elles sont plus étendues à droite qu'à gauche ce qui n'est pas la règle.

Cavité crânienne. — Encéphale et méninges sans lésion apparente. Les vaisseaux de la base du crâne ne sont pas athéromateux.

Cavité thoracique. – *a*) Poumon droit : il est adhérent aux parois thoraciques, fortement congestionné ; on trouve au sommet un noyau induré, parsemé de granulations tuberculeuses.

b) *Poumon gauche.* — Les adhérences pleurales sont encore plus prononcées qu'à droite, surtout au niveau du lobe supérieur. La plèvre est le siège d'un épanchement de sérosité citrine assez abondant qui refoule le poumon contre la colonne vertébrale.

La partie postérieure et supérieure est creusée d'une vaste poche qui renferme un kyste hydatique uniloculaire du volume d'une tête de fœtus de 8 à 9 mois. L'incision de cette poche donne issue à un liquide parfaitement transparent dans lequel nagent des échinoco-

ques. Les parois de la poche sont très minces en arrière, elles sont formées d'une coque du tissu conjonctif kératoïde doublée d'une très mince couche de tissu pulmonaire condensé.

Cette coque appartient à la plèvre viscérale considérablement épaissie.

Dans les autres régions, les parois de la poche sont constituées par le parenchyme pulmonaire refoulé, et recouvertes en certains points d'exsudats caséeux.

Ce poumon présente aussi au sommet, au bord antérieur et au bord inférieur, des noyaux de granulations tuberculeuses.

Cœur et aorte. — Le cœur est petit et sain.

L'aorte présente quelques plaques athéromateuses.

Cavités abdominales. — A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'échappe un flot de liquide ascitique citrin, dont la quantité peut être évaluée à deux ou trois litres.

Toute la surface du péritoine est couverte de granulations tuberculeuses, notamment le mésentère et son bord adhérent à l'intestin. Le canal intestinal est parsemé sur la surface externe de granulations tuberculeuses dans toute son étendue.

Rate, pancréas, reins. — Sains à la vue.

Foie. — Le foie présente des adhérences intimes avec le diaphragme; en beaucoup de points sa capsule est épaissie. Il est creusé d'une vaste poche sphérique, de la grosseur d'une tête d'enfant de deux ou trois ans, qui s'est surtout développée aux dépens du lobe droit de l'organe, et qui n'est séparée en avant et en arrière de la cavité péritonéale que par la capsule de Glisson épaissie, et une très mince couche de tissu hépatique condensé. En certains points même le tissu hépatique a entièrement disparu.

Cette vaste cavité kystique est revêtue extérieurement d'une mince couche conjonctive, et renferme un énorme kyste hydatique uniloculaire, dont les caractères sont identiques à ceux du kyste que nous avons décrit plus haut dans les poumons. Cette poche renferme, en outre, sept autres kystes plus petits, dont le plus volumineux a la grosseur d'un œuf de pigeon. Le reste du parenchyme hépatique est ferme et sain.

Le tube digestif, *la langue*, *la cavité buccale*, *le pharynx*, *l'œsophage*, *l'estomac*, *l'intestin*, examinés avec soin, ne nous ont montré aucune altération.

Organes génitaux urinaires, testicules, vessie également normaux.

Quelquefois la tuberculose pulmonaire affecte des formes spéciales et il est alors fort difficile, d'après les seuls symptômes, de reconnaître cette maladie. C'est ce qui se passa dans le cas de M. Varnier :

Observation XV. — Présentée à la *Société anatomique* par M. Varnier, année 1886, page 377.

M. Varnier présente un kyste hydatique du poumon. Un homme entré dans le service de M. Duguet, avait depuis trois jours un point de côté avec matité en arrière seulement, et pas de fièvre. Huit jours après on lui fit une ponction qui donna issue à un liquide clair comme de l'eau de roche contenant des crochets d'hydatides. Le lendemain il se mit à rendre des hydatides dans ses crachats, avec du liquide clair, puis du sang, et il s'établit un hydro-pneumothorax. On fit l'empyème le 22 avril et rien ne sortit ; mais le lendemain on trouva des poches hydatiques dans le pansement. Un mois après le malade étant mort, l'autopsie révéla une tuberculose miliaire récente des deux poumons. On peut se demander, les antécédents du malade étant excellents, s'il n'y a pas eu infection par la plaie. La poche siégeant à la base du poumon gauche, séparée de la paroi costale incisée par une lame pulmonaire ; d'autre part, il y a, comme on le voit fréquemment, deux bronches qui s'ouvrent largement à plein canal dans la poche.

A l'autopsie des lésions de tuberculose miliaire furent trouvées, bien entendu elles n'avaient pas été constatées du vivant. D'autrefois la bacillose devient par trop accessoire et on ne s'en est pas aperçu. Il en fut ainsi pour M. Mayor.

Observation XVI. — Présentée par M. Mayon, à la *Société anatomique* et intitulée : *Kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches et dans la plèvre*. Année 1877, page 361.

R... Antoine, âgé de 43 ans, entre le 7 mai dans le service de M. Bernutz. Ses parents sont tous fort bien portants, très vigoureux. Il jouissait lui-même d'une assez bonne santé jusqu'à il y a dix ans, époque à laquelle, pendant qu'il suivait le régime Bentinck, il fut atteint d'un accident qu'il désigne sous le nom de congestion, sans pouvoir en spécifier les symptômes. On lui applique alors 72 sangsues qui paraissent avoir toutes mordu dans la région de l'hypochondre droit.

Pendant la guerre, il a eu des revers de fortune, malgré lesquels son régime est resté assez bon et n'a rien présenté qui puisse expliquer son affection actuelle. Il n'a jamais eu de chien dans sa maison.

Sa santé s'était conservée bonne jusqu'à cet hiver. En octobre, il commença à tousser ; ses crachats étaient alors ceux de la bronchite. Pas d'hémoptysie, pas d'amaigrissements, pas de symptômes abdominaux, jamais d'ictère. La toux ne persista pas longtemps. Mais il y a six semaines, il recommença à tousser. Pendant quelque temps, ses crachats semblent avoir été simplement ceux de la bronchite. Mais au bout de quinze jours ils devinrent beaucoup plus abondants ; il continuait à remplir ses fonctions d'employé de bureau. Son appétit qui avait faibli au début de la maladie redevenait bon, et malgré cela il maigrissait.

Il y a trois semaines, l'expectoration prend l'apparence de gelée de fruits. Le malade ne se rappelle pas au juste quelle était sa couleur. Il est plus explicite sur ce fait qu'il n'a *jamais* craché de sang et qu'il n'a jamais vu dans ses crachats de petites membranes. Jusque-là, il n'avait jamais eu de dyspnée très marquée. A cette époque, il fut pris d'une diarrhée très abondante qui a persisté jusqu'à la veille de son entrée. Les matières n'ont rien présenté de spécial, si ce n'est qu'elles ont été quelquefois noirâtres.

Il y a quinze jours, les crachats prennent la couleur rouge brique qu'ils présentent actuellement. Puis, il y a 8 ou 10 jours, il est saisi

tout à coup d'une oppression extrême, avec menaces de syncope. Un point de côté, qu'il avait eu quelques jours auparavant et qui avait disparu, se réveille ; l'expectoration n'augmente pas. Depuis ce temps ce qui domine, c'est l'anhélation, l'affaiblissement. Aujourd'hui 8 mai, le malade est très oppressé, maigre, affaibli à ce point qu'il est difficile d'obtenir de lui des réponses catégoriques.

En examinant la poitrine, on la trouve couverte d'acné provenant peut-être de la malpropreté évidente du malade. — A la partie postérieure de la poitrine, la *percussion* donne les résultats suivants : Sonorité paraissant normale, à gauche. — A droite, sonorité exagérée dans les fosses sus et sous-épineuses. Matité à la base au-dessous de l'angle de l'omoplate.

A l'auscultation. — Rien d'anormal à gauche si ce n'est un peu d'expiration prolongée dans la fosse sus-épineuse. — A droite, au sommet, souffle amphorique et surtout toux à timbre amphorique ainsi que la voix. — Ce phénomène présente son maximum dans la fosse sous-épineuse à sa partie externe. C'est aussi en ce point qu'on entend bien le tintement métallique. — A la base, on n'entend plus la respiration, et les vibrations thoraciques sont abolies. Il est impossible d'obtenir le bruit de flot par la succussion hippocratique. — Sur la partie antérieure de la poitrine, la sonorité exagérée se retrouve à droite, et elle descend jusqu'à quatre ou cinq travers de doigt au-dessous du mamelon. Ce n'est qu'à ce niveau qu'apparaît la matité du foie dont le bord inférieur descend du reste à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes. — L'auscultation de cette région antérieure ne donne rien d'anormal à gauche ; mais à droite, on perçoit une sorte de râle caverneux très prononcé, simulant une caverne très superficielle et très vaste. Il y a aussi plutôt pectoriloquie que voix amphorique. — Les pupilles sont normales et égales. Malgré cette affection thoracique, le cœur paraît sain.

Abdomen. — Rien d'anormal, sauf le déplacement du foie. Pas d'œdème des membres inférieurs ; — urines normales.

Ce qui attire surtout l'attention en dehors des signes de percussion et d'auscultation, c'est l'expectoration. — Les crachats sont rouges ou plutôt couleur brique, mais n'adhérant pas au fond du

vase. Ils exhalent une mauvaise odeur, et ils contiennent quelques débris membraneux, jaune abricot, demi-transparents qui, mis dans l'eau, paraissent être très évidemment des hydatides. — L'une de ces membranes offre nettement l'aspect d'une vésicule, mais elle est aplatie, froissée comme le sont les hydatides de certaines tumeurs anciennes. — Au microscope, ces membranes sont anhistes ; on ne trouve pas de crachats dans le liquide expectoré, mais on y voit une notable quantité de pus, des cristaux de cholestérine et de petits amas pigmentaires jaune verdâtre. Le liquide filtré, puis examiné pendant qu'il s'évapore, ne dépose pas une quantité bien considérable de cristaux de chlorure de sodium. On en trouve cependant quelques-uns. Enfin ce liquide ne contient pas de sucre ; mais on y reconnaît la présence d'une certaine quantité de mucus, d'une assez forte proportion d'*albumine* et de la matière colorante de la bile.

L'existence des membranes contenues dans ces crachats démontre que la cause du pneumothorax est un kyste hydatique ouvert à la fois dans la plèvre et les bronches. D'autre part, l'existence même de ce pneumothorax, l'absence de dyspnée marquée avant l'époque probable de la perforation pulmonaire, et aussi l'absence d'hémoptysie éloignent de l'idée que le kyste peut avoir siégé primitivement dans les poumons, tandis que la couleur des crachats et des membranes d'hydatides indique, malgré l'absence de symptômes abdominaux dans les antécédents des dernières années, que le siège du kyste doit être le foie.

9 *mai*. — Un peu d'amélioration de l'état général ; rien de changé quant aux signes physiques.— *Soir*, faiblesse extrême ; l'expectoration devient plus verdâtre. Le malade meurt le 10 mai, à huit heures du matin, après avoir présenté les symptômes de l'asphyxie.

Autopsie. — En enlevant la paroi antérieure de la poitrine, on remarque que le sommet du poumon droit est aplati, séparé des parois thoraciques par un espace de 11 centimètres de hauteur sur 10 de largeur, mais descendant plus bas en dehors où il atteint la quatrième côte jusqu'au dedans. Cet espace se continue en avant par un prolongement qui atteint le diaphragme, qui est limité en dedans par la plèvre médiastine, en dehors, par des adhérences solides du poumon avec la plèvre pariétale.

En arrière, dans la gouttière costo-vertébrale et même un peu en dedans d'elle, le poumon est encore très adhérent ; mais en dehors de ces adhérences existe entre la face externe du poumon et la plèvre costale un nouvel espace rempli d'un liquide visqueux, jaunâtre, dans lequel nagent des membranes d'hydatides semblables à celles qui ont été rejetées par les crachats.

Cette nouvelle cavité communique en haut avec la vaste cavité pleine d'air du sommet de la cage thoracique ; en bas, on y voit s'ouvrir par un large orifice une caverne pulmonaire de la grosseur d'un œuf. Les parois de cette caverne sont lisses, rougeâtres, non recouvertes d'une membrane spéciale ; à leurs surfaces, s'ouvrent quatre ou cinq branches de troisième ordre et plusieurs petites branches.

Quant aux cavités limitées par la plèvre elles sont tapissées d'une néo-membrane épaisse et vasculaire, et de fausses membranes imbibées de pus verdâtre.

A la partie inférieure de la caverne pulmonaire, s'ouvre un canal qui admet facilement le petit doigt, et qui est entièrement creusé à travers le parenchyme pulmonaire. Les parois de ce conduit qui se dirige verticalement vers le diaphragme sont entièrement semblables à celles de la caverne. En le suivant, on le voit traverser le diaphragme qui adhère, du reste, à la base du poumon, d'une part, et au lobe droit du foie, d'autre part. Le canal s'abouche alors dans un kyste à parois épaisses de consistance presque cartilagineuse, revenues sur elles-mêmes, au point que cette excavation, creusée dans le foie, n'offre plus guère aujourd'hui que le volume d'un très gros œuf. Elle contient quelques membranes semblables à celles qui ont été retrouvées dans la plèvre. Le sommet du poumon droit est affaissé, atélectasié : les lobes inférieurs sont œdématiés. Dans le poumon gauche, il y a au sommet une petite caverne entourée de quelques tubercules jaunes.

Le foie est non seulement fortement adhérent au diaphragme par son lobe droit, mais encore il est abaissé de telle façon que sa limite supérieure correspond à la huitième côte (en avant). De plus, il a subi un mouvement de bascule tel que sa face inférieure regarde

beaucoup plus directement en arrière que d'habitude et que la partie qui répond directement à la paroi abdominale antérieure offre une hauteur de 22 centimètres. Sur le *péricarde* pariétal, dans sa partie droite, se voient quelques petites fausses membranes récentes. Rien sur le péricarde viscéral, ni au cœur. *Reins* congestionnés, bleuâtres. *Rate* saine. *Intestins et péritoine* sains.

Cerveau. — Un peu de liquide sous l'arachnoïde : un peu de congestion passive des méninges. Rien dans la substance même de l'encéphale.

En comparant les résultats de l'autopsie à l'histoire du malade, il est évident qu'il s'agit dans ce cas d'un kyste hydatique du foie qui a dû s'ouvrir dans le poumon droit un mois avant la mort. Puis l'excavation pulmonaire résultant du passage des hydatiques dans les bronches, s'est rompue et a déversé son contenu dans la plèvre. De là les phénomènes du début d'un pneumothorax qui est paru 8 ou 10 jours avant l'entrée du malade dans le service.

Parfois les symptômes ne sont pas signalés dans les observations, mais il semble qu'ils devaient être assez marqués vu les lésions trouvées aux autopsies.

Observation XVII. — Présentée par M. Serrailler, interne des hôpitaux, à la *Société anatomique*, 1868.

La malade est entrée, il y a trois jours, salle Ste-Agathe, hôpital St-Antoine. Aucune espèce de renseignements. Etat de cachexie profonde, ascite et œdème des membres inférieurs. Amaigrissement extrême, elle n'a jamais toussé, ni vomi. Diarrhée. Mort quelques jours après son entrée.

Autopsie. — Excavations tuberculeuses et tubercules ramollis au sommet gauche. Ganglions mésentériques et bronchiques tuberculeux. Le foie est doublé de volume, d'un aspect jaunâtre, granuleux à la coupe, comme cirrhotique. A la base du poumon droit et pénétrant dans son tissu une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme n'ayant aucune adhérence avec la plèvre costale. Ses parois

sont épaisses, lardacées. La paroi interne est recouverte d'une poche hydatique remplie de pus et de débris de kystes hydatiques flétris ; quelques-uns sont intacts, le plus gros a le volume d'un grain de raisin.

Cette poche repose sur le foie avec lequel elle a contracté une adhérence intime de nature fibrineuse ; il est impossible de l'en séparer. Le parenchyme du viscère n'a pas été envahi.

Dans l'observation suivante, les signes de tuberculose pulmonaire ne furent pas constatés, mais il faut avouer qu'ils étaient peu apparents.

Observation XVIII. — Présentée par M. Potocki, interne des hôpitaux, à la *Société anatomique* et intitulée : *Kystes hydatiques de l'excavation pelvienne. — Kyste principal développé aux dépens de l'ovaire gauche. — Ponction. — Suppuration. — Incision. — Mort.* — Année 1889, page 337.

C..., Félicie, née à Neuilly, ménagère, âgée de 28 ans, entre le 24 juin 1885, salle Ste-Claire, n° 15 *bis*, dans le service de M. Siredey. Son père est mort de fièvre intermittente, dit-elle ; sa mère succomba après six mois de maladie à un cancer de l'utérus. Elle est le 6e enfant de la famille ; une sœur est morte de tuberculose pulmonaire à 34 ans, les autres enfants sont morts à 16 ou 18 ans d'affections indéterminées. Elle n'accuse aucune maladie dans son enfance. Réglée pour la première fois à l'âge de 16 ans, l'établissement de la menstruation a été très douloureux, toutefois, les règles sont revenues bien régulièrement tous les mois jusqu'à 21 ans. De 21 ans à 25 ans, elles se suppriment tout à fait sans que la malade en puisse dire le motif ; à partir de 25 ans, elles reparaissent, mais très irrégulièrement. Ni enfant à terme, ni fausse couche.

La malade entre une première fois en 1883 dans le service de M. Siredey, pour des accidents abdominaux qu'on rattache à une pelvi-péritonite dont on ne peut déterminer la cause. Il n'y a eu en particulier aucun traumatisme.

Quelques mois après, elle est reçue dans le service de M. Gallard où on diagnostique un corps fibreux de l'utérus. En 1884, C.... est admise de nouveau à Lariboisière ; M. Siredey pense à ce moment, comme M. Gallard, à un corps fibreux. Il rattache à l'existence de ce corps fibreux sous-péritonéal, qui s'est développé depuis son premier examen, les accidents péritoniques présentés par la malade l'année précédente et ceux qu'elle présente encore actuellement et qui ont nécessité cette troisième admission à l'hôpital.

Ces poussées de péritonite à répétition s'accompagnent de temps à autre d'un cortège de symptômes alarmants ; fièvre, vomissements bilieux, ballonnement du ventre. Ils finissent cependant par s'amender et au bout de 9 mois, la malade se trouvant suffisamment remise, retourne chez elle. A ce moment (avril 1885) la tumeur abdominale présente à peu près le volume qu'elle offre aujourd'hui. L'amélioration n'est cependant pas de grande durée, car, après avoir repris son travail pendant quelques semaines, la patiente rentre de nouveau à l'hôpital le 24 juin 1885 avec une nouvelle poussée de péritonite. Quand les accidents aigus se sont amendés, M. Siredey constate de nouveau la présence d'une volumineuse tumeur dure, mais croyant y reconnaître des parties liquides, il penche pour le diagnostic de tumeur fibro-cystique de l'utérus et se propose de pratiquer plus tard la ponction. Il montre la malade à M. le professeur Duplay qui confirme le diagnostic. Les vacances surviennent sur ces entrefaites ; à la fin de l'année des accidents nouveaux de péritonite se produisent, qui affaiblissent la malade et on retarde de jour en jour la ponction, redoutant de la faire dans d'aussi fâcheuses conditions locales et générales.

Quand je vois la malade au commencement du mois de février 1886, elle est dans l'état suivant : femme petite, maigre, chétive, pâle, aux muqueuses décolorées, sans appétit, toussant de temps à autre. L'examen attentif de la poitrine ne fait pas constater de signes de tuberculose ; il y a à la base du cœur un souffle au premier temps qui se propage dans les vaisseaux du cou. Les membres inférieurs sont œdématiés au niveau des malléoles à la fin de la journée, quand la malade a marché. La miction est fréquente ; toutes les heures ou

toutes les deux heures, la malade est prise d'un besoin irrésistible d'uriner ; l'urine ne contient pas d'albumine.

Les règles qui, depuis trois ans, étaient très irrégulières, comme époque d'apparition, très peu abondantes, constituées par du sang peu coloré et ne durant que deux ou trois jours, sont supprimées depuis le mois de novembre ; disons de suite qu'elles ont apparu une fois seulement au commencement du mois de mars. La malade n'a d'ailleurs jamais eu ni ménorrhagie, ni métrorrhagie. Le ventre est fortement bombé à la partie inférieure, immédiatement à partir de l'ombilic, où on le voit pour ainsi dire se relever brusquement pour contenir une tumeur profonde. Il est régulier, non bosselé, la peau est saine, sans vergeture, l'ombilic normal. Dure au palper, de consistance fibreuse, homogène, mate à la percussion, la tumeur qui est symétriquement développée par rapport à la ligne médiane, se laisse facilement délimiter. Les anses intestinales sont refoulées en haut, en dehors et en arrière d'elle ; la vessie fait quelquefois en avant une saillie qui disparaît après le cathétérisme.

La tumeur est limitée en haut par une ligne horizontale qui passe juste au niveau de l'ombilic, puis d'un point situé plus près de l'épine iliaque antérieure et supérieure que de l'ombilic, ses bords droit et gauche descendent obliquement pour venir se perdre sous le bord antérieur de l'os des iles. Il n'y a pas de bosselure à la surface de la tumeur, mais à droite on observe une petite saillie légèrement dure qu'on retrouve à tous les examens et qu'on croit être un petit fibrome presque sessile. A gauche, existe aussi une petite tumeur grosse comme un œuf de poule qu'on peut faire engager à la surface de la tumeur jusqu'à son bord droit et qui d'elle-même revient à gauche, extrêmement mobile, fuyant sous le doigt, elle répond exactement à la dénomination très caractéristique que lui a donné la malade qui l'appelle « la petite souris ». On ne sait ce qu'elle peut être ; on ne se figure guère un fibrome ayant un pédicule assez long pour permettre des mouvements aussi étendus.

Les organes génitaux externes sont normaux. Le vagin est court, le col de l'utérus petit, vierge, est appliqué immédiatement derrière le pubis. En arrière, occupant tout le cul-de-sac postérieur, immédia-

tement appliqué sur le sacrum et sur les parois latérales de l'excavation, est une tumeur arrondie, lisse, régulière, dure, mais offrant cependant une résistance analogue à celle que donne un kyste distendu par du liquide.

18 *mars*. — La tumeur paraît avoir diminué de volume, sur les parties latérales, ses bords droit et gauche semblent ne pas aller au delà du milieu de la distance qui sépare l'ombilic de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Malgré l'état de plus en plus faible de la malade, dont la cachexie augmente de jour en jour, M. Siredey se décide à la ponction qu'il fera par le vagin et qu'il remet au 20 mars. Le même jour, il est appelé par M. Gérin Roze pour voir dans son service une femme atteinte d'une tumeur du ventre que la ponction a démontrée être un kyste hydatique. Comparant les deux cas, M. Siredey émet l'avis que peut-être la tumeur kystique de sa malade n'est autre qu'un kyste hydatique, mais il ne saurait qu'émettre une hypothèse, car aucun signe ne permet d'affirmer le diagnostic ; il n'en a cependant que plus de raisons pour faire la ponction.

20. — Après lavage du vagin au sublimé à 1/2000, M. Siredey ponctionne la tumeur dans le cul-de-sac postérieur, et, avec l'appareil Potain, il aspire 1700 grammes d'un liquide à peu près incolore, de densité 1012, ne renfermant ni fibrine, ni mucine, mais des traces d'albumine, de l'urée dans la proportion de 0 gr. 64 par litre et laissant découvrir au microscope une grande quantité d'échinocoques entiers et de crochets détachés. On a donc bien affaire à un kyste hydatique.

Après la ponction, la tumeur du cul-de-sac postérieur a disparu, le col est revenu au centre du bassin. Tampon vaginal iodoformé. Repos absolu au lit, glace sur le ventre.

Pendant deux jours, la malade se trouve relativement bien, mais bientôt elle maigrit davantage, pâlit, s'affaiblit de plus en plus, perd tout entrain.

24. — Elle est particulièrement faible ; défaillance quand on l'assied sur son lit, yeux excavés. Langue chargée. Elle se plaint de mal de tête, de douleurs sous les aisselles, mais n'accuse encore au-

cune douleur abdominale. Constipation, miction normale. Urines légèrement albumineuses. Fièvre le soir : pouls 124, température 39°2. Le palper ne fait percevoir aucune tumeur dans l'abdomen qui est souple et seulement un peu douloureux à la pression dans la fosse iliaque gauche. Au toucher, le col arrive presque jusqu'à la vulve, refoulée en avant et en bas par une tumeur qui bombe dans le cul-le-sac postérieur et qui a le volume d'une mandarine.

Les jours suivants, la fièvre vespérale persiste, la température oscillant entre 38°5 et 39°5. De temps en temps surviennent de véritables frissons. Quant à l'état général il s'aggrave parallèlement, les yeux s'excavent, les joues se creusent, le ventre devient très douloureux, des vomissements alimentaires et bilieux se produisent presque tous les jours.

31 *mars*. — La tumeur mobile constatée anciennement se retrouve encore, mais il y a surtout une tumeur abdominale douloureuse, plus développée à gauche qu'à droite et qui remonte jusqu'à mi-distance entre l'ombilic et le pubis.

9 *avril*. — La tumeur abdominale remonte presque jusqu'à l'ombilic, toujours beaucoup plus développée à gauche. Le vagin est rempli par une tumeur qui bombe dans le cul-de-sac postérieur et descend très bas. La cachexie augmente, la face devient grippée. Vomissements bilieux, ténesme rectal, rectite glaireuse.

17. — Malgré l'état désespéré de la malade, M. Siredey se décide à inciser la tumeur. Après irrigation du vagin au sublimé, section de la tumeur à un centimètre en arrière du col dans sa partie la plus saillante ; la section est agrandie avec un bistouri boutonné ; il s'écoule d'abord une quantité considérable de membranes blanchâtres, feuilletées, qui ne sont autre chose que des parois du kyste hydatique ; après elles, apparaît un liquide purulent répandant une odeur infecte ; on irrigue le kyste avec une solution de sublimé à 1/2000 à l'aide d'une sonde intra-utérine en verre jusqu'à ce que le liquide sorte parfaitement limpide.

Irrigation vaginale, vagin bourré de gaze iodoformée. La malade est reportée dans son lit.

Le soir elle a la voix brisée, n'a presque plus la force de parler. P. 144. T. 38°5. Le lendemain matin, à 9 heures, elle succombe.

Autopsie. — Faite 24 heures après la mort. A l'ouverture du ventre on aperçoit tout d'abord le grand épiploon sous forme d'une toile triangulaire, à sommet inférieur dirigé vers la gauche, et recouvrant la plus grande partie des organes abdominaux. Un kyste hydatique gros comme une olive est implanté sur lui au-dessous du bord tranchant du foie : un autre de même volume occupe son milieu, enfin à son extrémité inférieure est un troisième kyste simulant à s'y méprendre comme forme et comme dimension un cœur de fœtus à terme. C'est ce kyste actuellement fixé dans une petite logette limitée par les parties profondes qu'on avait senti pendant la vie et qui possédait cette grande mobilité à caractère si bizarre. La face profonde du grand épiploon est en outre semée d'un grand nombre de petits kystes hydatiques du volume d'un grain de chènevis au volume d'une lentille. Tous les organes abdominaux sans distinction offrent une série de brides fibrineuses, reliquats d'anciennes péritonites ayant occupé toute la cavité péritonéale, brides qui les unissent entre eux et aux parois de l'abdomen. C'est ainsi, par exemple, que le foie est uni au diaphragme en haut, à l'estomac en bas et au colon transverse ; que les anses intestinales sont toutes agglomérées et qu'on est obligé de détruire toutes ces adhérences pour les étaler. Outre ces vieilles brides, l'intestin est recouvert, ainsi que les organes du petit bassin, d'un exsudat grisâtre, peu épais, qui en dépolit la surface. L'intestin recouvre la partie tout à fait supérieure de la tumeur du bassin et la déborde à droite et à gauche. Des adhérences plus ou moins intimes le font adhérer à la paroi du kyste. L'intestin enlevé, la tumeur apparaît parfaitement libre. C'est une masse irrégulière, inégale, volumineuse, formée de parties très dissemblables, elle remonte à 20 centimètres au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin. On voit d'abord sur sa face inférieure se détacher vers la droite le fond de l'utérus presque vertical, un peu oblique en haut à gauche. Il sépare la tumeur en deux parties principales qu'il faut décrire séparément : 1° une partie gauche qui est formée essentiellement par le kyste principal ; 2° une partie droite. Au-dessous du fond et en avant est un petit kyste du volume d'une olive (que le palper avait fait percevoir pendant la vie) vers lequel convergent une série de

replis péritonéaux de toutes directions. Ce petit kyste est légèrement mobile sur les parties profondes. Sur la paroi antérieure de l'abdomen immédiatement au-dessous de la symphyse est encore un kyste gros comme une noix.

Vessie. — Congestion au niveau du col.

Les *reins* ensemble pèsent 110 grammes ; ils sont atrophiés, surtout le gauche qui ne pèse que 30 grammes ; ils se laissent décortiquer assez façilement, mais en quelques points la capsule adhère. Leur surface est blanche, mate, décolorée, elle offre des sillons profonds et des séries de petits sillons superficiels disposés par groupe et dans les mailles desquels font saillie des petits prolongements de la substance rénale. Ces saillies n'ont aucun rapport spécial avec les pyramides. A la coupe, même pâleur, tissu absolument blanchâtre, quelques petits abcès ; suppuration des sommets des pyramides, qui sont en grande partie détruits. Inflammation de la muqueuse, des bassinets et des calices.

Foie. — 1.120 grammes, légèrement graisseux ; vésicule biliaire contenant un liquide brunâtre.

Rate. — 130 grammes, paraît saine, ainsi que le tube digestif. Poumon droit adhérent au diphragme très intimement. Tubercules au sommet, noyaux caséeux. Poumon gauche aplati, adhérent sur toute son étendue grâce à d'anciennes fausses membranes de pleurésie. Quelques cavernules au sommet. Cœur, 180 grammes, surcharge graisseuse très accusée, rempli de caillots organiques. Rien à l'endocarde. Cerveau pâle, normal.

Enfin, dans une dernière catégorie, nous rangerons les faits où la tuberculose paraît ne pas avoir été recherchée, pourtant les lésions étaient assez importantes pour que le diagnostic en fût posé.

Observation XIX. — Présentée par M. Mordret, interne des hôpitaux, à la *Société anatomique* et intitulée : *Kystes hydatiques multiples. — Arthrite suppurée de l'articulation coxo-fémorale.* Année 1887, p. 485.

Nous devons en quelques mots, avant de donner les détails de l'autopsie de la malade qui était couchée au nº 15 de la salle Ste-Rose, dans le service de M. Desprès, à la Charité, rappeler ses antécédents et indiquer les principaux symptômes qui ont précédé sa mort.

Marie J..., entrait, le 20 novembre 1877, dans le service de M Desprès, à l'hôpital Cochin, pour un kyste hydatique du foie. Le diagnostic s'imposait, on sentait même le frémissement hydatique : M. Desprès voulut l'opérer par la méthode de Récamier, les premières applications de caustiques eurent lieu à cinq jours d'intervalle, mais la malade se refusa à continuer le traitement et sortit sur sa demande le 31 décembre 1877.

Neuf ans s'écoulent et notre malade revient au mois de janvier dernier demander à être de nouveau admise à Cochin. Elle entre dans le service de M. Th. Anger. La bienveillance de notre collègue et ami Chrétien, alors interne du service, nous permet de donner les renseignements suivants : le kyste hydatique du foie était volumineux, plusieurs ponctions capillaires y furent faites sans résultat ; l'état général de la malade était mauvais. Elle avait de plus à la région trochantérienne gauche une tumeur assez volumineuse, qui s'était développée lentement ; cette poche était superficielle ; on lui fit une ponction et on en retira des hydatides, puis on injecta plusieurs fois dans la cavité de la teinture d'iode. La poche suppura et une fistule s'établit au niveau de la ponction. La malade sortit de l'hôpital.

C'est dans ces conditions et pour cette fistule que la femme J... se présenta à la Charité le 23 mars 1887. Les mouvements de la jambe étaient douloureux, mais M. Desprès crut à un simple abcès de la région et ne soupçonna pas les désordres considérables de l'articulation que devait nous montrer l'autopsie.

Du côté du foie, la malade ne se plaignait que de pesanteur et

d'une légère oppression. Le ventre était volumineux et sillonné de veinules, indices du mauvais fonctionnement du foie, et cette circulation collatérale était surtout développée à droite. A la région postérieure existait une voussure répondant à la partie inférieure droite du thorax. La matité hépatique était très augmentée, s'étendant en arrière et en haut jusqu'à la 5e côte, descendant en avant et en bas à 4 ou 5 travers de doigts au-dessous des fausses côtes ; mais si on percutait avec un peu de force, cet espace redevenait sonore.

Toutes ces recherches étaient douloureuses pour la malade ; son état général était déplorable, et âgée de 36 ans cette pauvre femme en portait 60. Le membre inférieur droit était également œdématié, le doigt s'enfonçait en godet. Nous avons aussi, dès son entrée à l'hôpital, noté chez elle des signes évidents de tuberculose pulmonaire.

Pendant son séjour à l'hôpital, sa situation s'aggrave chaque jour: c'est ce qui empêcha toute tentative sérieuse d'intervention chirurgicale. On fit seulement une ponction explorative dans le foie, mais sans résultat, et une contre-ouverture à l'abcès trochantérien pour passer au drain.

Nous avons hâte d'arriver aux résultats de l'autopsie, disons donc seulement que depuis les 15 derniers jours des vomissements peu abondants et de matières glaireuses revenaient plusieurs fois dans la journée, que l'œdème envahit également la jambe gauche et augmenta beaucoup à droite ; enfin arrivée à la dernière période de la cachexie, sans avoir jamais présenté une température supérieure à 38°5, elle succomba le 29 juin 1887.

L'autopsie est faite 24 heures après la mort : ouverture de la paroi abdominale sur la ligne médiane : le foie est adhérent à la paroi abdominale et s'étend sous forme d'une lame jusqu'à 12 centimètres de la symphyse pubienne ; de nombreuses adhérences sont rompues à gauche et à droite pour permettre l'ouverture de la cavité abdominale.

Le diaphragme extrêmement aminci est également très adhérent au foie.

Des adhérences pulmonaires assez faciles à vaincre existent des deux côtés, pas de liquide dans les plèvres.

Tous les viscères sont enlevés en masse après avoir détaché le diaphragme de ses insertions périphériques.

Les *poumons* sont difficilement isolés du diaphragme auquel les rattachent des adhérences. Le gauche offre au sommet deux petites cavernes, le droit des tubercules, mais sans ramollissement.

Le *cœur* est petit sans modification particulière. Quant aux organes abdominaux : foie, estomac et rate semblent former une seule et énorme tumeur, tant sont étroites les adhérences qui les réunissent. Quelques adhérences existent au niveau du duodénum et du côlon transverse, mais elles sont facilement détruites. A l'aide de ciseaux, nous séparons la grosse tumeur sous-diaphragmatique en deux masses, l'une représentée par le foie, l'autre par la rate et l'estomac qu'il est impossible d'isoler au niveau de sa face postérieure.

Le foie pèse 4 kilog. 900 et tout le lobe droit est converti en une vaste tumeur fluctuante faisant surtout saillie du côté du thorax. Le lobe gauche est hypertrophié. A l'ouverture du kyste, il s'échappe une grande quantité d'hydatides mortes sous forme de magma épais renfermant grand nombre de membranes jaunâtres, fragments de poches anciennes et teintées par la bile. Ce qui explique fort bien le résultat négatif des ponctions faites pendant la vie.

Les parois de cette immense poche sont dures, résistantes et unies, le tissu hépatique a complètement disparu autour de la poche qui se trouve adhérente au diaphragme très aminci. Du côté de la base, on trouve un peu de tissu hépatique. Le lobe gauche hypertrophié n'offre aucune trace de hyste.

La rate forme un énorme kyste intimement uni à l'estomac, et une volumineuse tumeur, adhérente d'une part à la rate et faisant de l'autre pour ainsi dire corps avec la face postérieure de l'estomac, remplit toute l'arrière-cavité des épiploons. Dans son ensemble, cette masse pèse 3 kilog. 300.

Le tissu splénique est réduit à une simple lamelle en forme de croissant formant la paroi externe de la tumeur kystique. Les deux tumeurs de la rate et de l'arrière-cavité ne communiquent pas ensemble et elles sont toutes deux indépendantes du foie. L'une et l'autre sont complètement remplies de vésicules ; à l'ouverture elles

s'échappent et quelques-unes se crèvent à l'extérieur, mais il n'existait pas du tout de liquide libre dans la poche ; quant à celui contenu dans les vésicules, il est transparent. Le volume de ces vésicules est des plus variables ; quelques-unes ont les dimensions d'une grosse pomme.

Notons que dans aucune de ces tumeurs nous n'avons vu de loges ; ce sont trois volumineux kystes uniloculaires, fait remarquable, car, au cas de kystes multiples dans l'économie, il est fréquent de les voir multiloculaires.

Le rein droit est atrophié, il ne pèse que 90 grammes. A la coupe on trouve la substance corticale très mince et blanchâtre. Le gauche pèse 110 grammes, la substance corticale a conservé son épaisseur normale mais offre aussi une teinte blanchâtre.

On ne trouve aucun autre kyste dans la cavité abdominale ; le mésentère est sain. Rien à noter non plus du côté des organes du petit bassin, utérus et ses annexes.

Le *cerveau* n'offre rien de spécial.

Nous avons essayé de disséquer la région trochantérienne pour examiner l'abcès que nous avons signalé précédemment.

La poche était très superficielle, au-dessus de l'aponévrose, ses parois gangrénées, mais dans le haut un pertuis se dirigeait vers l'articulation : celle-ci était complètement détruite ; la tête fémorale et la cavité cotyloïde réduites à quelques esquilles nageant dans le pus, l'os iliaque lui-même était le siège d'une ostéite condensante et purulente ; le périoste de la fosse iliaque interne était détruit.

Comment se sont développés ces désordres considérables de l'articulation, nous ne pouvons malheureusement pas nous prononcer ; l'arthrite est-elle consécutive à l'ouverture du kyste trochantérien, ou au contraite ce dernier est-il sous la dépendance de l'arthrite, est-ce dans le système osseux que primitivement s'est développé le kyste qui ensuite enflammé a déterminé les désordres que nous observons ?

Les éléments de diagnostic nous manquent, mais cette arthrite nous semble très remarquable par l'étendue de ses désordres et la rapidité de son évolution.

La conclusion de ces multiples observations est que les symptômes de la tuberculose pulmonaire permettent toujours de la reconnaître. C'est chose facile quand ce sont ces signes ordinaires que l'on constate, parfois la difficulté augmente dans le cas où ils se mélangent avec ceux du kyste, d'autant plus que quelques-uns sont communs, retenons cette particularité intéressante qui nous aidera : la localisation des troubles aux sommets quand il y a de la bacillose concomitante.

Quelquefois la tuberculose ne frappe pas seulement le poumon, mais aussi d'autres organes (péritoine, ganglions mésentériques, articulation coxo-fémorale). Si la coexistence de nouveaux symptômes peut embrouiller le problème, et faire naître l'erreur, le plus souvent c'est un aide très utile.

Enfin nous dirons que dans certains cas les symptômes de tuberculose pulmonaire sont dominés par ceux du kyste hydatique ou par ceux d'autres affections, l'important serait de faire la part qui revient à chacun.

Nous terminerons ce chapitre par cette conclusion : « Certains symptômes sont communs à la tuberculose pulmonaire et aux kystes hydatiques, l'hémoptysie en particulier. C'est par l'étude approfondie des conditions dans lesquelles elle s'est montrée qu'on arrive à la rapporter à sa véritable cause. Pour nous, dans les kystes hydatiques, il y aurait même des pleurésies qui seraient sous la dépendance du bacille de Koch. Quant aux troubles généraux apportés dans la santé, ils doivent être rattachés à l'une ou l'autre maladie, suivant les renseignements fournis par l'examen minutieux des poumons et en partie des sommets.

CHAPITRE IV

Marche et pronostic de ces deux maladies associées.

Si les pleurésies jouaient un rôle certain dans l'évolution des kystes hydatiques, en particulier cela a été démontré par M. Petit pour ceux du foie, il nous serait maintenant plus difficile de parler de l'action de la tuberculose pulmonaire sur cette affection. Ralentit-elle leur extension, ou en exagère-t-elle leur développement? Nous ne le savons guère, mais croyons pourtant d'après les observations précédentes qu'elle n'a aucune influence sur les échinocoques. Nous n'avons jamais lu, ni constaté chez nos deux malades qu'à la suite de poussées conjectives du côté de leurs poumons, ils aient éprouvé du côté de leur tumeur une augmentation ou une diminution de volume. De plus, à quelque période de tuberculose que les porteurs de kystes hydatiques fussent examinés, la grosseur semblait s'être développée comme si elle avait été seule. Aussi en arrivons-nous à dire que ces deux maladies marchent parallèlement, qu'elles ont chacune leur manière d'être, qu'elles sont indépendantes, si on s'occupe seulement de l'influence que peut exercer la tuberculose pulmonaire sur le kyste en général.

Il nous suffit de relire les nombreuses thèses et mémoires qui ont été publiés sur les kystes hydatiques pour savoir comment ils vont évoluer, quels seront leurs sièges, leurs

connexions, ce qu'ils deviendront dans l'avenir ; ce que nous ignorons c'est ce que va devenir le tuberculeux atteint par cette maladie. Si la tuberculose pulmonaire n'a pas d'influence sur la marche du kyste, il nous reste à étudier la proposition inverse, le kyste n'a-t-il pas d'influence sur la marche de la tuberculose pulmonaire ? Dans ce cas, il ne suffira pas chez nos malades d'avoir pris les renseignements les plus précis sur les causes qui ont présidé à l'apparition de la tuberculose pulmonaire, de s'être enquis des accidents qu'elle a pu présenter, de sa plus ou moins longue durée, pour arriver comme d'ordinaire, après examen du poumon, à fixer le pronostic. Il n'en sera rien, le kyste pouvant amener des irrégularités dans la marche de la bacillose, et comme elle, suivant les circonstances, déterminer la mort. Par lui-même il constitue une maladie grave, puisque le sujet maigrit, perd ses forces, a des troubles digestifs intenses, des vomissements, de la perte d'appétit, et par conséquent des troubles généraux dans la santé. Il empêchera donc la tuberculose non seulement de réparer ses pertes, mais il les augmentera et accélèrera la marche de cette maladie. Si cette dernière n'agissait pas sur le kyste, il n'en était plus de même quand on recherchait l'action des échinocoques.

Par eux-mêmes, seuls ils n'auraient pas exercé la moindre influence ; par l'état général qu'ils ont créé en grossissant, ils en ont une qui est des plus importantes. Bien entendu, la marche d'après quelques observations aura dépendu du kyste, qui par un de ses accidents sera devenu la cause de la mort ; dans les faits qui nous occupent, ce mode de terminaison est rare. Le kyste, à part l'imprévu,

grandit très lentement durant des mois et des années, au lieu que la bacillose dans les mauvaises conditions où se trouve le malade ne demande qu'à précipiter son évolution ; elle le conduira souvent au terme fatal à brève échéance. Si le diagnostic eût été fait, ou tout au moins si on eût arrêté la tumeur dans son accroissement de volume, si elle eût été guérie, on aurait vu les patients revenir le plus souvent à un état de santé satisfaisant. N'en fut-il pas ainsi dans nos deux observations, une fois que M. le Professeur Duplay les eut débarrassés de leurs échinocoques. Au contraire si on laisse évoluer les deux maladies sans leur opposer aucune thérapeutique, la marche sera presque toujours subordonnée à la tuberculose pulmonaire. Si au début le malade se plaignait de la grosseur qu'il portait à l'hypochondre (pour prendre un exemple très simple), à mesure que ce côté s'est accru en volume, des phénomènes généraux se sont établis, ainsi que des troubles aujourd'hui très grands du côté de la cage thoracique. A un moment donné ce n'est plus le kyste qui inspire de l'inquiétude, il est passé au second plan, mais la tuberculose qui appelle toute l'attention du médecin. Par ce changement dans les symptômes, l'erreur peut être introduite dans l'esprit du praticien, surtout que ce revirement s'est accompli d'une façon sournoise, insidieuse.

La question du siège du kyste joue parfois un rôle important. Si les kystes éloignés de la poitrine laissent évoluer d'une façon plus ou moins normale la tuberculose pulmonaire suivant toutes ses périodes, aussitôt que la tumeur gagne la cage thoracique, elle détermine des accidents pleuraux ou pulmonaires qui ne sont pas sans influence sur

la bacillose. Que dire des kystes du poumon, là il y a une véritable épine, aussi voyons-nous les malades être emportés très rapidement par des pneumonies caséeuses, par la granulie. Dans ces derniers cas la marche a été bien plus hâtive que dans les autres.

Le pronostic est donc le facteur de la tuberculose pulmonaire; il était déjà grave pour le kyste seul, il en est bien autrement quand une maladie organique telle que la bacillose, a ajouté son poids dans la balance. C'est la terminaison fatale que l'on voit tout de suite poindre, en sera-t-il de même quand les deux affections sont réunies ? Il semblerait qu'une double raison fût venue assombrir le pronostic et le rendre beaucoup plus fâcheux, il en serait ainsi si aucune tentative thérapeutique n'était essayée. On ne doit donc pas abandonner le terrain, puisque tout n'est pas perdu malgré les conditions déplorables où l'on se trouve. Ce que nous venons d'écrire est tellement vrai, que la gravité va dépendre pour beaucoup des cas qui se présenteront, mais pour presque autant du moment de l'intervention. Certainement si aucune thérapeutique n'est instituée, aux chances de mort que le kyste fait courir aux malades, vont s'ajouter celles de la tuberculose pulmonaire et de ses complications auxquelles il n'échappera pas. Dans certains cas l'intervention sera encore trop tardive, et la tuberculose aura fait de tels ravages dans les poumons ou les autres organes que le patient ne pourra bénéficier des soins qui lui auront été donnés. Le kyste guéri, tantôt la bacillose évolue encore assez vite, tantôt, et c'est ce que nous avons constaté dans nos deux observations, les malades revinrent à une santé si florissante qu'on se demanda si on ne s'était

pas trompé en croyant à la tuberculose. L'examen de leurs poumons levait tous les doutes ; si les troubles avaient diminué, ils étaient suffisamment nets pour ne pas permettre une erreur. Que doit-on espérer de cet état pour l'avenir? C'est que certains malades arriveront à réparer leurs pertes et que grâce à un traitement bien dirigé du côté de leurs poumons ils offriront une longue survie, et des chances de guérison. Il y a tous les intermédiaires entre ces points externes que nous avons signalés, mais nous pouvons toujours affirmer que le traitement des kystes a paré aux accidents soit du côté de la tumeur, soit du côté du poumon, qu'il a jeté une lueur d'espoir sur un pronostic sombre.

Le pronostic dépendra donc du kyste hydatique, mais surtout de la tuberculose pulmonaire, et des progrès qu'elle aura faits chez les malades. L'intervention parera toujours aux accidents du côté du kyste et améliorera les phénomènes thoraciques. Elle sera faite le plus tôt possible, pour que le sujet puisse mieux réparer ses pertes, étant moins atteint. Malgré tout, ces faits auront toujours de la gravité, à cause de cette tuberculose pulmonaire qui subsiste après la disparition du kyste, qu'on peut bien espérer améliorer, mais très rarement guérir.

Nous terminerons ce chapitre en disant que ces deux affections commandent à la fois la marche et le pronostic. Si le kyste appelle de suite l'attention et les soins, il ne faut pas oublier que la tuberculose pulmonaire est un point noir pour l'avenir.

CHAPITRE V

Des lésions tuberculeuses chez les porteurs de kystes hydatiques.

Au temps où Davaine écrivait son magistral traité sur les entozoaires, bien des erreurs avaient cours puisque les lésions des deux maladies étaient confondues par un certain nombre de médecins. Le docteur Kuhn de Niederbroon n'intitula-t-il pas un mémoire : *Recherches sur les acéphalocystes et sur la manière dont ces productions peuvent donner lieu à des tubercules* (Strasbourg, 1832, p. 16). Plusieurs observateurs crurent que les tubercules devaient leur origine à des hydatides, mais « j'ai reconnu, dit Kuhn, que sans être pour quelque chose dans les affections tuberculeuses ordinaires, les acéphalocystes pouvaient néanmoins déterminer la production d'un genre de tubercules tout particulier ». Ces derniers ont tendance à durcir, tandis que les autres, les tubercules ordinaires, finissent presque toujours par se ramollir ». Une observation rapportée dans le livre de Davaine nous édifiera sur ce point.

Observation de *kystes hydatiques du foie*, *athérome*, *gangrène*, présentée par M. Malherbe et recueillie dans le livre de Davaine : *Traité des entozoaires*, page 378.

Un homme âgé de 29 ans, ayant fait une chute sur un escalier, six semaines avant son entrée à l'Hôtel-Dieu de Nantes, fut pris de toux

et d'oppression et présenta, le jour de son entrée à l'hôpital (9 décembre 1856), des signes de pneumonie et de *gangrène pulmonaire* ; il succomba le 20 décembre.

A l'AUTOPSIE, on trouva les lésions suivantes : quelques tubercules ramollis dans les poumons, gangrène pulmonaire à droite ; abcès sous la pie-mère et dans un hémisphère cérébral ; large *abcès enkysté* dans la région splénique ; abcès dans la rate, un autre avec gangrène dans un rein.

Il existe un kyste hydatique dans le lobe gauche du foie ; sa paroi est calcaire en quelques points ; à la face interne du kyste on voit « une couche molle, jaunâtre, épaisse de 3 à 5 millimètres, de consistance de fromage, ressemblant à du pus concret ou à du tubercule jaune. Examinée au microscope, je la trouve exclusivement constituée de granulations moléculaires et graisseuses, de rares cristaux de cholestérine, et surtout de *corpuscules tuberculeux types* offrant tous les caractères *donnés par les auteurs*... pas la trace d'un globule de pus. Une quarantaine d'hydatides accolées à cette couche pulpeuse, mais ne lui adhérant pas autrement que par contact, de la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une orange moyenne, les unes jaunâtres, etc. Enfin ce fait est, je crois, unique jusqu'à présent, c'est la présence d'une couche de *matière tuberculeuse* intermédiaire au kyste fibreux adventif et à la membrane propre des hydatides (1) ».

Davaine insista sur la dualité des deux affections et fit nettement leur séparation. Nous ne nous appesantirons pas sur des faits aujourd'hui établis et que personne ne discute, l'anatomie pathologique des kystes hydatiques ne nous arrêtera pas non plus, nous n'avons nullement l'intention de traiter cette question considérable qui est devenue classique ; ce n'est d'ailleurs pas l'objet de notre thèse, nous voulons indiquer les lésions tuberculeuses qu'on rencontre chez les porteurs de kystes hydatiques.

(1) Docteur MALHERBE, *Gazette des hôpitaux*, 1857, p. 130.

Ce sont les lésions ordinaires de la tuberculose pulmonaire à toutes ses périodes, encore faut-il les signaler. Le plus fréquemment les deux sommets contiennent plus ou moins de tubercules. Parfois les lésions sont peu avancées ; ainsi M. Cauchois à l'autopsie de son malade trouva que les poumons ne renfermaient pas de cavernes, mais çà et là disséminées en petits groupes et principalement aux deux sommets des granulations tuberculeuses. M. Brault ajoute que le sien avait le poumon très adhérent aux parois thoraciques, fortement congestionné, au sommet il y avait un noyau induré parsemé de granulations tuberculeuses. Le poumon gauche présentait au sommet les mêmes altérations.

Dans d'autres cas la tuberculose fait un pas de plus. Mordret n'a-t-il pas constaté dans les poumons de sa malade, à gauche au sommet deux petites cavernes, à droite des tubercules sans ramollissement. L'observation de M. Potocki nous apprend qu'au sommet du poumon droit il y avait des tubercules, des noyaux caséeux, à gauche quelques cavernules au sommet. M. Mayor trouva dans une de ses autopsies, au sommet gauche, une petite caverne entourée de quelques tubercules jaunâtres. Dupérié nous montre des lésions plus complexes. « Le poumon gauche est le siège d'une pleurésie récente, sa surface est semée de granulations grises, demi-transparentes et au sommet il existe les lésions chroniques de la tuberculose. Le poumon droit est farci de lésions tuberculeuses et il est imperméable de la base au sommet. M. Ferrant écrit qu'à l'ouverture du thorax il ne constata pas chez son malade d'épanchement pleural. Les tubercules étaient à l'état cru

disséminés dans la plus grande partie des deux poumons ; plus avancés à mesure qu'on approchait des sommets et des deux côtés on en voit qui sont complètement ramollis, indiquant un début de caverne. Dans l'exemple fourni par M. Lefèvre nous trouvons une caverne tuberculeuse du volume d'une mandarine au sommet du poumon droit. L'observation de M. Bruté nous donne de bons renseignements. Le poumon gauche est étroitement uni aux parois thoraciques par des adhérences membraneuses résistantes, lamelleuses et fibreuses contenant des traînées graisseuses et un grand nombre de vaisseaux de nouvelle formation.

Il n'y a pas de liquide dans les plèvres. Les deux lobes pulmonaires sont soudés. Le poumon est régulièrement arrondi, de consistance variable, avec des noyaux indurés et des points ramollis. Il est rempli de cavernes de toutes dimensions communiquant les unes avec les autres et arrivant dans certains points jusqu'auprès de la plèvre et au voisinage de la face diaphragmatique. Le tissu est parsemé de granulations tuberculeuses disséminées et de tubercules à différentes périodes et surtout de noyaux de pneumonie caséeuse. Dans le poumon droit au sommet existent aussi des tubercules à différents degrés et surtout des noyaux de pneumonie caséeuse.

M. Seraillier nous apprend que dans un cas, il y avait des excavations tuberculeuses et des tubercules ramollis au sommet gauche. M. Moutard-Martin nous dit que le poumon droit de son malade contenait une immense caverne, les autres parties étaient farcies de tubercules et de cavernes tuberculeuses.

Enfin, dans un troisième groupe de faits la dissémination du bacille de Koch se répand dans tout le poumon, ce mode est beaucoup plus rare. A l'autopsie pratiquée par M. Bouilli, les poumons présentaient dans toute leur étendue une éruption généralisée de tubercules qui paraissaient de date récente. M. Lecourtois trouva une tuberculisation miliaire, et quelques cavernules dataient peut-être d'il y a deux ans. M. Varnier constatait une tuberculisation miliaire récente des deux poumons chez son malade.

En résumé, nous trouvons toutes les lésions de la tuberculose pulmonaire, depuis les tubercules à l'état cru jusqu'aux grosses cavernes. Parfois même la maladie semble avoir eu une allure plus active, plus rapide dans sa marche, une éruption miliaire de tubercules amenant le dénouement. Alors le plus souvent un kyste hydatique du poumon était en cause, et pouvait être incriminé, n'aurait-il pas joué le rôle d'épine ? Dans les deux observations de Lecourtois et Varnier, les malades étaient porteurs de kystes hydatiques du poumon, ils moururent de granulie. Ainsi donc l'hydatide par son siège aurait joué le coup de fouet de circonstance très aggravante.

A côté des troubles pulmonaires qui étaient les seuls qui devaient nous intéresser, nous ne pouvons moins faire que de placer des exemples de lésions pleurales. Ainsi Dupérié nous raconte qu'à l'ouverture de la poitrine une plaie faite par le scalpel laissa écouler d'une tumeur pulmonaire une grande quantité de liquide clair comme de l'eau de roche, caractéristique des kystes hydatiques. Le poumon gauche était le siège d'une pleurésie récente, sa surface était semée de granulations grises, demi-transparentes et

au niveau du sommet il existait des lésions chroniques de tuberculose. D'autres fois, au contraire, on rencontre de multiples adhérences révélant des pleurésies anciennes. Nous nous rappelons qu'au début nous avons pensé qu'il y en avait deux catégories, les unes dues aux réactions inflammatoires de la plèvre contre le kyste évoluant du côté du thorax, les autres dues au bacille de Koch.

D'autres lésions s'ajoutent aux précédentes, elles sont même parfois antérieures à la tuberculose pulmonaire et elles dépendent aussi du bacille de Koch. L'observation de Dupérié nous signale une tuberculose ganglionnaire et mésentérique, de M. Brault une tuberculose péritonéale, d'autres une tumeur blanche du genou, une coxo-tuberculose, des ganglions inguinaux tuberculeux, de la tuberculose intestinale.

Nous voyons donc que les lésions courantes de la tuberculose pulmonaire ont été constatées chez les porteurs de kystes hydatiques; que ces lésions sont multiples, qu'elles peuvent affecter des formes graves surtout quand l'échinocoque siège dans le poumon, qu'elles s'accompagnent quelquefois de troubles du côté de la plèvre ainsi que d'autres localisations tuberculeuses sur d'autres organes.

En résumé nous dirons : « Ces lésions banales de la tuberculose pulmonaire à tous les degrés furent trouvées aux autopsies, rares furent les observations de tuberculose aiguë, encore appartenaient-elles à des kystes hydatiques du poumon, l'échinocoque ayant joué le rôle d'épine.

CHAPITRE VI

Des difficultés introduites dans le diagnostic des kystes hydatiques par la présence de la tuberculose pulmonaire.

Nous n'entrerons pas ici dans le diagnostic des kystes hydatiques proprement dits, nous rappellerons seulement que M. Potherat dit qu'ils peuvent se présenter sous trois aspects différents :

1° Il n'y a pas de symptômes.

2° Il y a des symptômes mal définis.

3° Il y a une tumeur.

A ces difficultés nous venons en ajouter une autre, c'est la tuberculose avec ses variétés, formes ; nous allons voir quelle complication elle introduit dans le problème.

1° Dans un ordre de faits la tuberculose pulmonaire existait et n'a pas été constatée du vivant, c'est seulement une trouvaille d'autopsie. Nous avons insisté sur les symptômes, sur la valeur qu'il fallait accorder à certains, sur la localisation des troubles au sommet. Des exemples nous en ont été fournis par certaines observations relatées plus haut.

2° Parfois on diagnostique la tuberculose pulmonaire seule ou avec un kyste hydatique, alors qu'elle n'existe pas. Tel est le cas de M. Girode que nous avons rapporté au début. Les symptômes vus dans un certain sens, l'exa-

men microscopique et bactériologique n'aurait pas dû permettre cette erreur. L'observation qui suit nous montre qu'on peut arriver au diagnostic, alors même que l'hémoptysie en particulier semblerait l'embrouiller.

Observation, présentée par M. Derignac, interne des hôpitaux, à la *Société anatomique*, et intitulée : *Kyste hydatique du poumon*, année 1882.

L... Anna, âgée de 30 ans, entrée le 13 août 1882, salle Sainte-Anne, n° 1, dans le service de M. Landouzy.

Cette femme, chez laquelle on ne trouve aucun antécédent de tuberculose, fut prise il y a cinq ans de toux, de dyspnée, qui augmentant en intensité depuis trois mois et s'accompagnant d'hémoptysies fréquentes, firent croire à l'existence de tuberculose pulmonaire. Ces hémoptysies auraient apparu pour la première fois il y a trois mois et se seraient montrées à cinq reprises différentes, constituées par du sang rutilant, aéré, évalué en abondance chaque fois à un demi-verre. Au moment où ont apparu ces hémoptysies, la dyspnée a commencé à devenir plus considérable, et à partir de cette époque, la malade a commencé à maigrir et à perdre l'appétit . . . . .

Nous ne rapportons pas les signes du côté du thorax qui firent faire le diagnostic de kyste hydatique du poumon ; toujours est-il qu'à l'autopsie on ne trouva aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Quelquefois même une ponction nous apprendra que nous sommes en présence d'hydatides, et nous n'y avions pas songé.

3° Il y a un kyste hydatique reconnu ainsi que la tuberculose pulmonaire, il s'agit de faire la part de chacune de ces deux maladies, c'est l'objet de ce mémoire et nous avons exposé tout au long nos idées sur ce sujet.

4° Des difficultés beaucoup plus ardues se présentent : la tuberculose pulmonaire existe, elle a été constatée et

l'erreur va porter sur le kyste. Dans un certain nombre d'exemples il a été méconnu soit que des accidents pulmonaires ou d'autres troubles sous la dépendance encore du bacille de Koch aient seuls attiré l'attention, pourtant avec un examen approfondi il est fort probable qu'il eût été découvert. Dans un autre groupe de faits, le kyste jouait un rôle tout à fait secondaire et n'avait même qu'une minime importance, de telle sorte qu'il a été méconnu par les observateurs. On comprend que dans ces circonstances, le diagnostic n'était guère possible. Aussi chez un certain nombre de malades le kyste passe inaperçu, il est alors trouvé à l'autopsie. Les symptômes de la tumeur étaient à peu près nuls, tout au moins insignifiants, si on les comparait à ceux causés par la tuberculose.

5° Le chirurgien a bien constaté une grosseur, mais il faut se prononcer sur sa nature, l'erreur d'interprétation arrive facilement pour les kystes hydatiques et en particulier pour ceux du foie. Nous ne pouvons rappeler toutes les fautes qui ont été commises à ce propos, le diagnostic des tumeurs abdominales est parfois si ardu qu'il suffit d'ouvrir les livres qui traitent de ce sujet pour trouver une nomenclature considérable. Signalons cette affection décrite par M. Deschamps, « la péritonite péri-hépatique enkystée ». Ce diagnostic, assez facile si l'on sait que le malade a antérieurement un kyste du foie, devient très difficile si ce renseignement manque.

MM. Siredey et Danlos admettaient la ponction comme véritable élément du diagnostic. Deschamps ne lui attribue pas la même valeur. Un bon signe de présomption pour lui, c'est le volume de la tumeur beaucoup trop con-

sidérable dans le cas de kyste suppuré pour la durée des accidents. Nous voulons insister sur une classe de faits répondant assez à celui dont nous avons été témoin dans le service de M. le professeur Duplay. « A la suite d'un effort, la jeune fille que nous avons observée, a senti une déchirure dans son abdomen et son ventre qui depuis deux ans avait augmenté de volume, s'affaissa soudain. Le jour même apparut une éruption d'urticaire. Pendant 24 heures les vomissements furent incessants. Ils cessèrent, mais peu à peu le ventre augmenta de volume d'une façon générale. L'examen montra que dans l'abdomen il s'était fait un épanchement cloisonné ». Nous ne rechercherons pas toutes les affections qui peuvent se confondre avec des kystes qui viennent de se rompre, ou dont la rupture existe depuis quelque temps. Nous ajouterons seulement que l'esprit prévenu par la tuberculose pulmonaire évidente, veut voir du bacille de Koch dans toutes les manifestations morbides. Dans notre cas, nous n'assistions qu'à la période d'épanchement de liquide et à son accroissement dans des conditions spéciales de cloisonnement, aussi avions-nous de grandes tendances à croire que ce liquide était dû à une péritonite tuberculeuse. On savait qu'il y avait eu une éruption d'urticaire, et une tumeur qui s'était affaissée auparavant et qui siégeait du côté droit de l'abdomen, mais tous ces symptômes nous ne les avions pas constatés nous-même et nous attachions beaucoup d'importance aux phénomènes que nous révélait l'examen. L'intervention dans l'un ou l'autre cas était la même, la laparotomie fut pratiquée, un liquide abondant tout d'abord s'écoula, liquide ascitique dans lequel on vit

nager les belles membranes et vésicules hydatiques. Certainement il fallait tenir grand compte de cette éruption d'urticaire que nous signalait la malade et qui s'était montrée de suite après les signes de rupture. Si nous nous en tenions à ce que dit M. Potherat : « seule l'apparition d'éruptions ortiées rejetée et sans cause a quelque valeur », nous en serions resté au diagnostic de péritonite tuberculeuse que nous avons fait. Mais aujourd'hui après maintes réflexions, il nous semble qu'on pourrait ajouter un petit paragraphe à la formule précédente. Si l'apparition d'éruptions ortiées a quelque valeur quand elle est rejetée et sans cause, elle en a une considérable quand des phénomènes de rupture l'ont précédée, surtout si le kyste avait été constaté, aucun doute ne peut persister et le diagnostic s'impose.

L'épanchement de liquide, suite de rupture du kyste peut en imposer pour une ascite simple, Finsen a insisté sur cette erreur, il n'est pas le seul ; Potherat conclut : « les cas sont très rares où la confusion avec l'ascite a pu être faite. Cependant nous en avons trouvé des exemples. C'est ainsi que M. Queyrat rapporte une observation très intéressante qui lui est personnelle et qu'il fait suivre des deux autres qu'il a recueillies. Nous en avons trouvé une autre absolument analogue, publiée par M. Boiteux. Cependant les symptômes de l'ascite sont si particuliers qu'avec la mobilité du liquide, la forme du ventre, que c'est une cause d'erreur excessivement rare » (Potherat, Thèse, page 19).

Si quelquefois on voit de la tuberculose partout, dès qu'on en a trouvé dans le poumon, il arrive aussi qu'on la rejette des autres organes, alors qu'elle existe réellement.

Deux cas en sont rapportés dans la thèse de Potherat, on fit le diagnostic du kyste hydatique, quand on était en présence d'abcès froids. Nous n'inscrivons que le titre de ces observations.

« OBSERVATION III. — Vaste tumeur purulente de la cavité abdominale due à une tuberculose vertébrale et ayant simulé un kyste suppuré du foie. Mort de tuberculose pulmonaire et d'urémie par dégénérescence des reins.

« OBSERVATION IV. — Vaste abcès froid intra-abdominal, simulant un kyste suppuré du foie. Large incision antiseptique, lavage, drainage, cachexie progressive. Au lieu de suivre la voie habituelle de la gaine fibreuse du psoas, dit Potherat, pour se colliger dans la fosse iliaque interne, ou hors du bassin à la racine de la cuisse, l'abcès par congestion s'est développé dans l'abdomen même, remplissant le partie du ventre, depuis le foie jusqu'à la crête iliaque.

« Sans doute, ajoute cet auteur, à propos de l'observation IV, les antécédents héréditaires du malade dans lesquels on retrouve de la tuberculose, ses accidents tuberculeux personnels (ostéite du tibia), auraient pu faire songer à la possibilité d'un abcès ostéopathique ; mais l'absence de lésions pulmonaires, le bon état général, l'absence de signes locaux du côté du rachis ou des os du bassin, la forme de la tumeur bien exceptionnelle pour un abcès par congestion, ses connexions, le foie, son développement lent, un peu plus douloureux qu'on ne l'observe ordinairement, pouvaient faire penser à un kyste développé à la face inférieure du foie. Et ce diagnostic avait été porté comme très probable par un médecin distingué des hôpitaux ».

Voilà deux faits qui montrent bien les différences que

peuvent présenter au point de vue du diagnostic certains abcès par congestion de la cavité abdominale et comment ils peuvent en imposer pour des kystes hydatiques du foie. Cette erreur, dans l'un et l'autre cas, n'a certainement pas été préjudiciable au malade grâce aux soins antiseptiques dont a été entourée l'intervention ; mais celle-ci n'a guère apporté de soulagement aux malades, car ils ne pouvaient, de par leur affection, bénéficier de l'opération.

Hayden a relaté un cas de kystes hydatiques suppurés du foie, ayant pendant la vie, simulé un anévrysme de l'aorte abdominale. Si nous avons rapporté toutes ces réflexions de M. Potherat, c'est pour qu'à l'occasion nous ne tombions pas dans le même piège étant prévenu. Il nous faut maintenant classer et résumer tout ce que nous avons dit dans ce chapitre.

1° La tuberculose pulmonaire n'a pas été constatée malgré son existence, la raison en est que la difficulté était grande à cause du peu de symptômes, ou que l'attention était attirée ailleurs par les troubles du côté du kyste hydatique.

2° La tuberculose pulmonaire a été diagnostiquée alors qu'elle n'existait pas et le kyste qui avait occasionné ces accidents a été reconnu tantôt du vivant, tantôt à l'autopsie. Ici la discussion des symptômes avait son importance, de même que l'examen microscopique et bactériologique. Ces derniers imposent le plus souvent le diagnostic.

3° Le kyste hydatique et la tuberculose pulmonaire ont été reconnus, il s'agit de donner à chacun la part qui lui revient. C'est ce que nous avons essayé d'indiquer dans ce travail, ainsi que la marche des deux affections.

4° L'individu est un tuberculeux avéré, le kyste hydatique est méconnu soit qu'il ait passé inaperçu, soit qu'il n'était possible de le diagnostiquer ou que son importance était secondaire.

5° La tuberculose pulmonaire est encore admise et on constate une tumeur qu'on ne reconnaît pas pour un kyste hydatique, malgré qu'il y en ait bel et bien un. Alors on donne à cette grosseur les noms les plus variés, il suffit d'ouvrir les livres au chapitre diagnostic suivant le siège pour voir les affections innombrables qui ont été confondues avec lui.

6° Voulant être logique avec soi-même, surtout dans les cas de rupture, on rattache tout à une seule et unique cause. Il y a du bacille de Koch dans le poumon, il y en a dans l'épanchement abdominal, on croit à une péritonite tuberculeuse. Quelquefois on pense que cette accumulation de liquide est due simplement à une ascite.

7° Parfois le problème est retourné, et de vastes collections tuberculeuses ayant pour siège l'abdomen ont été posées pour des kystes hydatiques.

Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire dans le cours des kystes hydatiques est difficile, car il introduit un nouvel élément dans une question déjà compliquée. C'est par la discussion soignée de la valeur des symptômes qu'on pourra le faire.

CHAPITRE VII

De la tuberculose pulmonaire au point de vue du traitement des kystes hydatiques.

Faire ici le traitement des kystes hydatiques serait besogne colossale et impossible, en surplus un hors d'œuvre pour nous. Ce sujet a été traité dans divers mémoires tels ceux de MM. Demars, Potherat, etc., et tout dernièrement par M. le Professeur Duplay dans une de ses cliniques de l'Hôtel-Dieu. C'est justement à ce propos, qu'il se demandait s'il y avait des rapports entre les kystes hydatiques et la tuberculose pulmonaire ; nous remercions le savant maître de nous avoir ainsi indiqué notre tâche. On comprend combien multiples doivent être les indications dans le choix du traitement des kystes, ne varie-t-il pas avec le siège qu'il occupe, avec le développement et avec bien d'autres facteurs sur lesquels nous ne pouvons nous arrêter. Pourtant la tuberculose pulmonaire concomitante est le point qui nous intéresse, et nous allons nous demander si elle n'imprime pas de modifications dans le traitement, si elle ne dicte pas une loi générale dans les interventions.

1° Il nous faut d'abord examiner si l'intervention est toujours utile, si parfois le doute ne peut pas envahir l'esprit du chirurgien. Les cas de tuberculose miliaire aiguë, surtout quand les kystes siègent dans le poumon, sembleraient devoir rejeter toute intervention, vu l'infec-

tion généralisée. Remarquons que presque jamais le diagnostic des troubles thoraciques n'a été fait, et qu'alors on devrait songer à débarrasser les malades de leur kyste ; d'autre part nous croyons que si le traitement avait été institué à temps, les patients auraient pu guérir, la dissémination du bacille de Koch n'aurait peut-être pas eu lieu, d'ailleurs très souvent la clinique est impuissante à nous renseigner sur une éruption de tubercules et en cas de doute il vaut toujours mieux tenter de faire disparaître la tumeur, car nous verrons qu'on peut en retirer grand profit.

On se demanderait encore si un tuberculeux à la dernière période doit être opéré. Nous le croyons, parce que fréquemment il y a une aggravation des signes pulmonaires du fait des compressions qu'exerce le kyste hydatique. Rappelons quelques lignes de l'histoire de cette jeune fille observée dans le service de M. le Professeur Duplay. On pensait que les lésions bacillaires étaient beaucoup plus avancées qu'elles ne l'étaient réellement, des poussées congestives s'étaient produites et faisaient naître un pronostic très sérieux ; quelques jours après l'opération on se rendait compte de son utilité, et de l'exagération que l'on avait apportée dans l'évaluation de la tuberculose pulmonaire. Cette dernière aurait-elle réellement occasionné de grands troubles dans l'état général, y aurait-il d'autres localisations tuberculeuses, il ne faut pas s'abstenir et se contenter de parer aux accidents. La thérapeutique doit être active et la plus rapide possible. On comprend qu'on hésite quelquefois chez un tuberculeux arrivé à la dernière période, pourtant une simple ponction pratiquée avec tous

les soins antiseptiques possibles ne doit pas être rejetée quand de bien gros bénéfices peuvent en être retirés ; car dans ces cas extrêmes on ne sait jamais tout ce qui revient au kyste.

2° Des bénéfices que les malades peuvent retirer des interventions? Nous sommes forcé de parler de deux cas que nous avons observé chez M. le professeur Duplay, puisque dans les autres exemples, nous ne trouvons pas de renseignements à ce sujet.

La jeune fille qui se présentait à nous avec une rupture de son kyste dans le péritoine fut laparotomisée et la poche marsupialisée. De suite après son opération, ses troubles pulmonaires augmentèrent, il se faisait des poussées congestives dans ses deux poumons, peu à peu tout rentra dans l'ordre. Elle se mit à manger, à prendre de l'huile de foie de morue à hautes doses, aussi engraissa-t-elle très rapidement, et c'est dans un état florissant de santé qu'on procéda à la deuxième intervention : la restauration de sa paroi. Elle eut quelques signes pulmonaires les jours qui suivirent son opération, mais elle se rétablit vite et aujourd'hui à sa figure grasse et fraîche on ne se douterait pas qu'elle est tuberculeuse. L'hémoptysie qu'elle a eue le mois dernier ne l'a pas fatiguée, elle ne tousse ni ne crache presque pas. Il y a eu une amélioration sensible du côté des troubles pulmonaires, ils persistent, mais moins intenses. Chez l'homme couché salle St-Landry, nous avons vu rapidement son état général s'améliorer à la suite de ponctions répétées, les signes fournis par l'auscultation étaient presque stationnaires à sa sortie, on pouvait pour-

tant dire que ce malade était en train de revenir à la santé quand il a quitté le service.

3° Quelles sont les interventions qui doivent avoir la préférence? Nous ne voulons pas indiquer pour chaque kyste à quel mode de traitement on aura recours. Il sera bien différent pour les hydatiques siégeant dans le poumon ou dans le foie, que dire et faire quand il y a des tumeurs multiples. Nous ne désirons qu'aboutir à une loi générale qui doit guider l'opérateur : « Dans le choix de l'intervention, la tuberculose pulmonaire réclame celle où le traumatisme sera moindre, elle ne récuse pas les grandes opérations. On doit se conduire vis-à-vis du kyste comme si la tuberculose était absente, plus tard il faudra s'occuper d'elle et la soigner par tous les moyens connus.

CONCLUSIONS

I. — *a*) Les porteurs de kystes hydatiques peuvent être des tuberculeux ou des tuberculisables.

b) Cette tuberculose apparaît et se développe suivant les lois qui ont été établies d'une façon générale pour cette maladie quand elle se montre seule.

II. — Comme corollaire à l'énoncé précédent, nous ajouterons que la tuberculose est rare dans les kystes hydatiques, et qu'elle s'y montre avec même fréquence que partout ailleurs, si l'on tient compte du nombre restreint des maladies causées par les échinocoques.

III. — Certains symptômes sont communs à la tuberculose pulmonaire et aux kystes hydatiques, l'hémoptysie en particulier. C'est par l'étude approfondie des conditions dans lesquelles elle s'est montrée qu'on arrive à la rapporter à sa véritable cause. Pour nous, dans les kystes hydatiques, il y aurait même des pleurésies qui seraient sous la dépendance du bacille de Koch. Quant aux troubles généraux apportés dans la santé, ils doivent être rattachés à l'une ou à l'autre maladie suivant les renseignements fournis par l'examen minutieux des poumons, et en particulier des sommets.

IV. — Ces deux affections commandent à la fois la marche et le pronostic. Si le kyste appelle de suite l'attention et les soins, il ne faut pas oublier que la tuberculose pulmonaire est un point noir pour l'avenir.

V. — Les lésions banales de la tuberculose pulmonaire à tous les degrés furent trouvées aux autopsies, rares furent les observations de tuberculose aiguë, encore appartenaient-elles à des kystes hydatiques du poumon, l'échinocoque ayant joué le rôle d'épine.

VI. — Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire dans le cours des kystes hydatiques est difficile, car il introduit un nouvel élément dans une question déjà compliquée. C'est par la discussion soignée de la valeur des symptômes qu'on pourra le faire.

VII. — Si dans le choix de l'intervention, la tuberculose pulmonaire réclame celle où le traumatisme sera moindre, elle ne récuse pas les plus graves opérations. On doit se conduire vis-à-vis du kyste comme si la tuberculose était absente, plus tard il faudra s'occuper d'elle et la soigner par les moyens connus.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Andral. — *Cliniq. Medic.*, Paris, 1839 (T. IV, p. 412).
Arau. — *Archives générales de Médec.*, 5e série, nov. 1841, t. IV.
Archambault. — *Union médicale*, 1876.
Ballet. — *Société anatomique de Paris*, 23 janvier 1888.
Berthaut. — *Sur l'élimination des kystes hydatiques à travers les voies biliaires*, Th. Paris, 1886.
Becherich. — Thèse Doctorat, 1877.
Braine. — *Traitement des kystes hydatiques du foie*, Th. Paris, 1886.
Broca. — *Progrès médical*, 1886, n° 1.
Bolognesi. — *De l'hérédité de la tuberculose pulmonaire*, Th. Paris, 1895.
Boiteux. — *Revue de médecine*, 1886, p. 878.
Bouillet. — Th. Doctorat, Paris, 1878.
— *Bulletins de la Société anatomique de Paris* de 1850 à 1896.
— *Bulletins de la Société anatomique de Lille* : les cinq dernières années.
— *Bulletins de la Société de chirurgie*.
Cadet de Gassicourt. — *Rupture des kystes hydaliques*, Th. Paris, 1865.
Cayle. — *Société anatomique*, 13 juin 1884.
Caillette. — *Sur la propagation des affections de la plèvre au péritoine par le système lymphatique*, Th. Paris, 1874.
Charrier. — *Kystes hydatiques du foie*, Th. Paris, 1883.
Courbis. — Thèse Doctorat, Paris, 1877.
Creix. — Thèse Doctorat, Paris, 1881.
Cruveilhier. — *Dictionnaire Jaccoud*. Article Entozoaires, t. VII.
— Congrès de chirurgie. — *Traitement des kystes hydatiques du poumon*, année 1895.
Chauffard. — *Traité de médecine*.
Davaine. — *Traité des entozoaires* (2e édit., 1878).
Demars. — *Traitement des kystes hydatiques du foie*, Thèse Paris, 1888.
Degoix. — Thèse Doctorat, Paris, 1877.
Debove et Achard. — *Manuel de médecine*.
Dieulafoy. — Les kystes hydatiques et leur traitement (*Gazette hebd.*, 1877, nos 30 et 31).
— *Traité de l'aspiration*.
— *Manuel de pathologie interne*.
Duplay. — *Collections séreuses et hydatiques de l'aine*, 1865.
— *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, février 1896.

Dolbeau. — Thèse Paris, 1856.
Duclaux. — Thèse Doctorat, Paris, 1875.
Duvernoy. — *Des kystes hydatiques du poumon*, Thèse Paris, 1879.
Cécile Dylion. — *Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la portion antérieure du foie*, Th. Paris, 1890.
Delgrange. — *De l'expecloration dans les kystes hydatiques et spécialement dans les kystes du poumon*, Thèse Doctorat, Paris, 1879.
Hearn. — *Kystes hydatiques de la plèvre et du poumon*, Thèse Doctorat, Paris, 1879.
Finsen. — Echinocoq. en Irlande, *Archives de médecine*, 1869.
Frerich. — *Traité des maladies du foie*, 1877.
Launay. — Thèse Doctorat, Paris, 1881.
Maguant. — *Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie*, Thèse Paris, 1877.
Marguet. — *Kystes hydatiques des muscles volontaires*, Thèse Paris, 1888.
Manny. — Thèse doctorale, 1891.
Moissenel. — *De la portion dans les kystes hydatiques du foie*, Thèse Paris, 1859.
Murchisson. — *Traité des maladies du foie.*
Pozzi. — Segond, Maunoury. *Semaine médicale*, 21 mars 1888, p. 111.
Petit. — Influence de la pleurésie sur la marche de certaines tumeurs liquides de l'abdomen, *Rev. mens. de méd. et de chirurgie*, 1877, t. I, p. 678.
Pèron. — *Recherches anatomiques et expérimentales sur les tuberculoses de la plèvre*, Th. Paris, 1896.
Potherat. — *Diag. et trait. des kystes hydatiques du foie*, Th. Paris, 1889.
Reymondon. — *Etude simultanée des kystes hydatiques du foie et de leur ouverture dans les voies biliaires et dans la cavité thoracique*, Th. Paris, 1884.
Richard. — *Gaz. hebd. med.* (1880, 30 avril).
Turc. — Thèse Doctorat, Paris, 1881.
Terrier. — *Bulletins de la Société de chirurgie*, t. XI, p. 364.
Trousseau. — *Clinique de l'Hôtel-Dieu.*

Imp. G. St-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier (Haute-Marne).